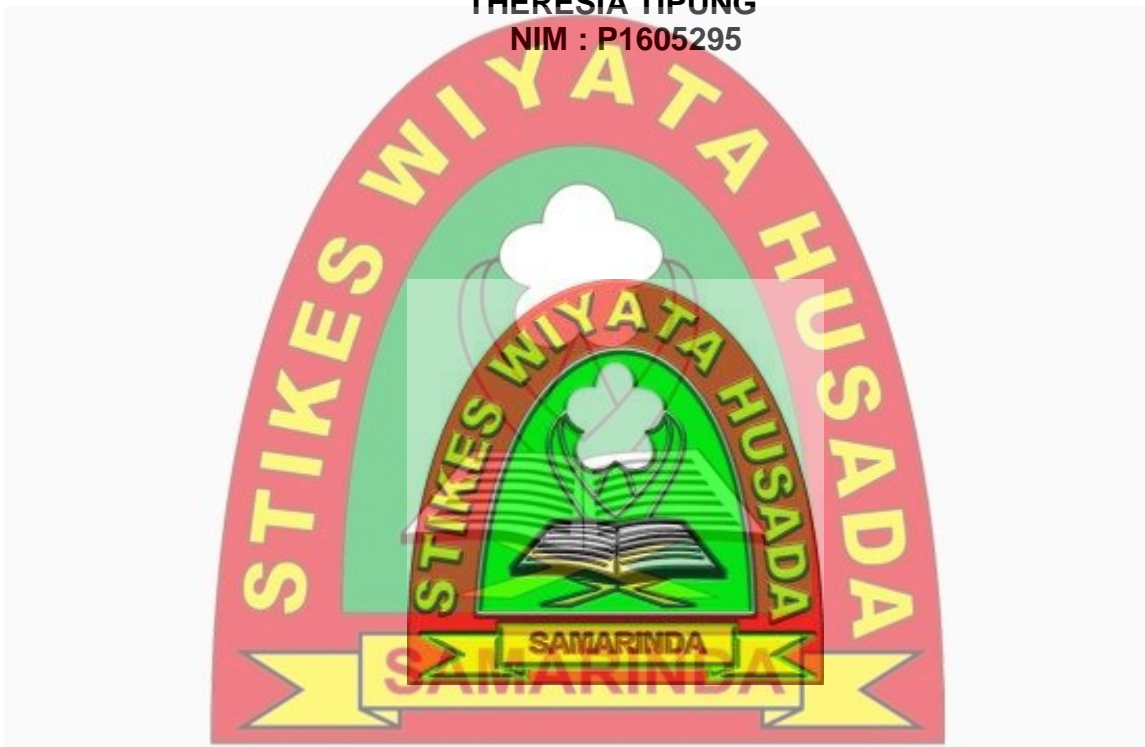


**ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TERAPI
RELAKSASI OTOT-OTOT PROGRESIF DENGAN
MASALAH NYERI PADA KLIEN *POST OPERASI*
SECTIO CAESARIA MENGGUNAKAN PENDEKATAN
MODEL KONSEP ADAPTASI CALISTA ROY
DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Oleh :
THERESIA TIPUNG
NIM : P1605295



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA
2017**

**ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI TERAPI
RELAKSASI OTOT-OTOT PROGRESIF DENGAN
MASALAH NYERI PADA KLIEN *POST OPERASI*
SECTIO CAESARIA MENGGUNAKAN PENDEKATAN
MODEL KONSEP ADAPTASI CALISTA ROY
DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE
SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Untuk Memenuhi Sebagai Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners (Ners/Ns)
Pada Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda



Oleh :
THERESIA TIPUNG
NIM : P1605295

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
STIKES WİYATA HUSADA SAMARINDA
2017**

HALAMAN PENGESAHAN

ASUHAN KEPERAWATAN DAN APLIKASI THERAPI RELAKSASI OTOT-OTOT
PROGRESIF DENGAN MASALAH NYERI PADA KLIEN POST OPERASI SECTIO
CAESARIA MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL KONSEP ADAPTASI
CALISTA ROY DI RUANG MAWAR RSUD ABDUL WAHAB
SJAHRANIE SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

THERESIA TIPUNG

NIM: P.1605.295

Telah dipertahankan dalam ujian
Pada tanggal 14 Desember 2017

PENGUJI I

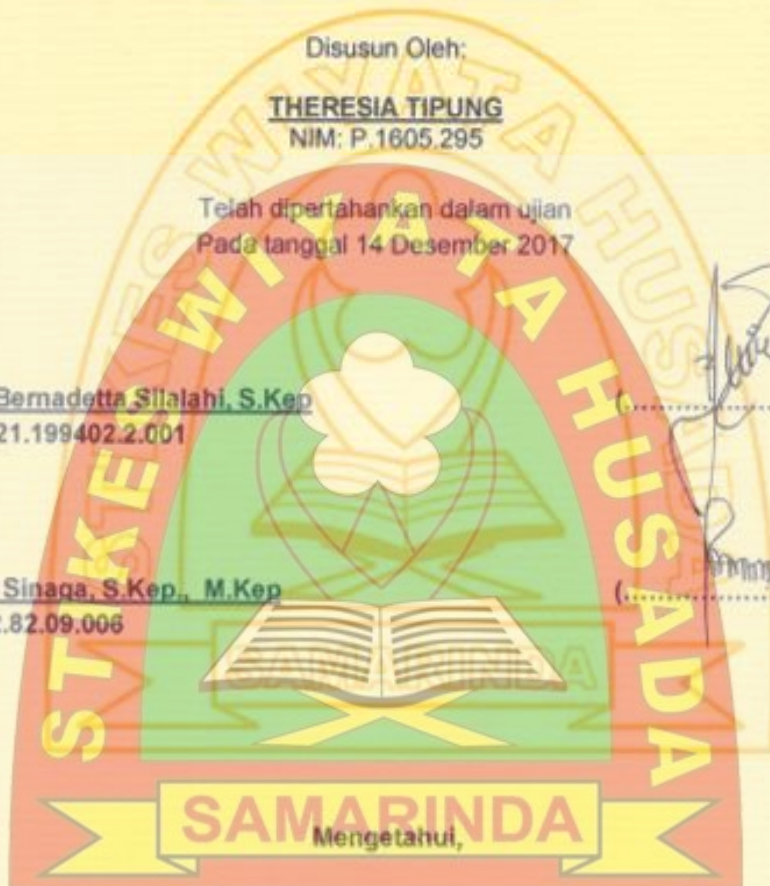
Ns. Arome Bernadetta Silalahi, S.Kep

NIP:19700521.199402.2.001

PENGUJI II

Ns. Sumiati Sinaga, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.82.09.006



Ketua
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ketua Program Studi
Ilmu Keperawatan
STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK:113072.86.14.071

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Theresia Tipung
NIM : P1605295
Program Studi : Program Studi Profesi Ners STIKES Wiyata
Husada Samarinda
Judul Laporan Tugas Akhir : Asuhan Keperawatan Dan Aplikasi Terapi
Relaksasi Otot - Otot Progresif Dengan
Masalah Nyeri Pada Klien *Post Operasi
Sectio Caesaria* Menggunakan Pendekatan
Model Konsep Adaptasi Calista Roy Di
Ruang Mawar Rsud Abdul Wahab Sjahranie
Samarinda

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 14 Desember 2017
Yang Membuat Pernyataan,

Theresia Tipung
P1605295

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbinganNya saya dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners dengan judul **“Asuhan Keperawatan Dan Aplikasi Terapi Relaksasi Otot-Otot Progresif Dengan Masalah Nyeri Pada Klien *Post Operasi Sectio Caesaria* Menggunakan Pendekatan Model Konsep Adaptasi Calista Roy Di Ruang Mawar Rsud Abdul Wahab Sjahrane Samarinda** “. Karya ilmiah akhir ners ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Profesi Ners (Ns) pada Program Studi S1 Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya – besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Bapak Edi Mulyono, Ns., M.Kep selaku Ketua Stikes Wiyata Husada Samarinda.
2. Ibu Sumiati Sinaga, Ns., M.Kep selaku Wakil Ketua 1 dan Dosen Pembimbing Akademik Wiyata Husada Samarinda.
3. Bapak Rusdi, Ns., M.Kep selaku Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan Profesi Ners Stikes Wiyata Husada Samarinda.
4. Ibu Arome Bernadetta Silalahi, Ns, S.Kep. sebagai Pembimbing Klinik di RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda
5. Suami dan anaku terkasih yang telah memberikan semangat, doa, pengorbanan sehingga peneliti dapat menyelesaikan penyusunan KIAN
6. Seluruh rekan-rekan mahasiswa/i Profesi Ners Stikes Wiyata Husada Samarinda yang telah membantu peneliti hingga tersusunnya Karya Ilmiah Akhir Ners.
7. Teman – teman di ruangan St. Yakobus B telah memberikan semangat, doa, hingga tersusunnya Karya Ilmiah Akhir Ners

Dan semua pihak yang telah membantu penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidaksopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Tuhan yang maha Esa senantiasa memudahkan setiap langkah – langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih sayang-Nya untuk kita semua.

Samarinda, 14 Desember 2017

Peneliti

ABSTRAK

Asuhan Keperawatan Dan Aplikasi Therapy Relaksasi Otot-Otot Progresif Dengan Masalah Nyeri Pada Klien Post Operasi *Sectio Caesaria* Menggunakan Pendekatan Model Konsep Adaptasi Calista Roy Di Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Theresia Tipung¹, Sumiati Sinaga², Arome Bernadetta Silalahi³

Operasi *Sectio Caesarea* merupakan pengeluaran janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Tindakan operasi *sectio caesarea* akan mengakibatkan luka insisi yang dapat menimbulkan nyeri baik nyeri ringan hingga nyeri berat. Pendekatan teori Adaptasi Roy menjelaskan bahwa ada empat mode adaptasi yang ada hubungannya dengan respon sistem manusia untuk melakukan stimulus dari lingkungan yaitu Mode Adaptasi Fisiologis, Mode Adaptasi Konsep Diri, Mode Adaptasi Fungsi Peran dan Mode Adaptasi Interdependensi. Nyeri merupakan gangguan pada Mode Adaptasi Fisiologis, dimana Mode Adaptasi Fisiologis dihubungkan dengan proses fisik dan kimiawi yang termasuk dalamnya fungsi dan aktifitas organisme kehidupan. Salah satu tindakan untuk mengurangi masalah nyeri adalah menggunakan manajemen nyeri yaitu dengan Relaksasi Otot Progresif. Dalam kasus ini ada 5 Pasien kelolaan yang diberi Relaksasi Otot Progresif dan setelah diberikan Terapi Relaksasi Otot Progresif nyeri rata-rata 3 (nyeri ringan). Penerapan Asuhan Keperawatan ini menggunakan teori Calista Roy karena pengkajiannya lebih spesifik untuk masalah mode adaptasi fisiologis dan dapat digunakan pada klien yang mengalami nyeri post operasi caesaria dan terapi relaksasi otot progresif yang efektif untuk membantu mengendalikan rasa sakit yang dialami klien, terutama nyeri sedang dan nyeri ringan.

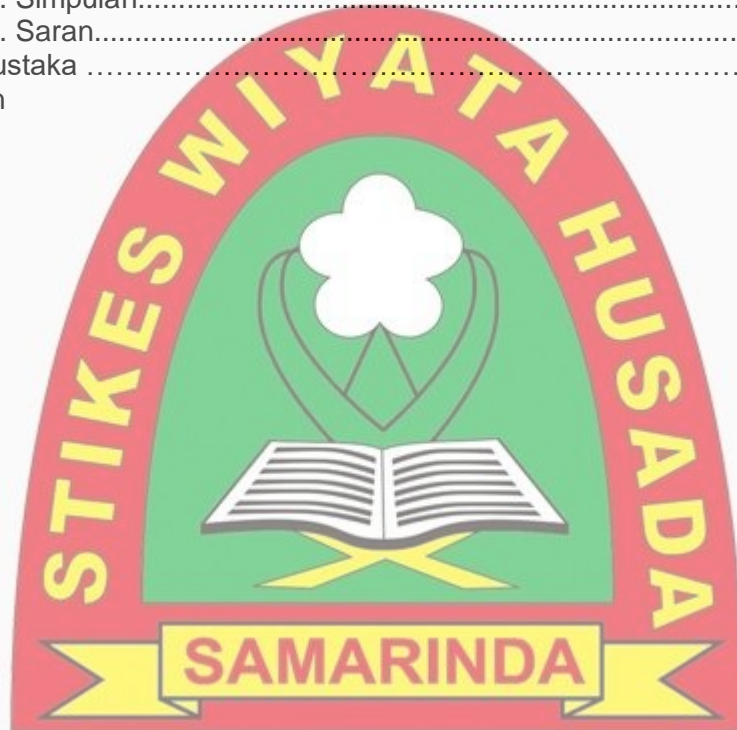
Kata Kunci : *Sectio Caesaria*, Nyeri, Teknik Relaksasi Otot-Otot Progresif, Model Adaptasi Calista Roy.

1. Program Studi Profesi Ners, Sekolah Tinggi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda
2. Program Studi Profesi Ners, Sekolah Tinggi Kesehatan Wiyata Husada Samarinda
3. RSUD Abdul Wahab Sjahranie

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul Depan.....	i
Halaman Judul Dalam.....	ii
Lembar Pengesahan	iii
Lembar Pernyataan Keaslian.....	iv
Kata Pengantar.....	v
Abstrak.....	vii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Lampiran.....	xiii
Daftar Lampiran.....	xiv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar belakang.....	1
B. Tujuan Penelitian.....	5
1. Tujuan Umum.....	5
2. Tujuan Khusus.....	5
D. Manfaat.....	6
1. Manfaat Teoritis.....	6
2. Manfaat Praktis.....	6
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Konsep Teori	7
1. Konseo Sectio Caesaria	7
a. Pengertian	7
b. Jenis-jenis section caesaria	7
c. Indikasi	8
d. Komplikasi	9
B. Konsep Nyeri.....	9
1. Pengertian.....	9
3. Klasifikasi Nyeri.....	9
4. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Nyeri.....	11
5. Penilaian Intensitas Nyeri.....	13
D. Konsep Relaksasi Otot-Otot Progresif.....	15
1. Pengertian.....	15
2. Tujuan	15
3. Indikasi	15
4. Kontraindikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif.....	15
5. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan.....	15
6. Teknik Relaksasi Otot Progresif.....	16
E. Integrasi Model Adaptasi Roy Dalam Proses keperawatan.....	21
1. Gambaran Model Adaptasi calista Roy	21
2. Proses Keperawatan Model adaptasi Calista Roy	25
BAB III. APLIKASI MODEL KEPERAWATAN ADAPTASI CALISTA ROY.....	27
A. Gambaran Kasus.....	27
1. Kasus 1.....	27
2. Kasus 2.....	29
3. Kasus 3.....	30
4. Kasus 4.....	32
5. Kasus 5.....	34

B. Aplikasi Model Keperawatan Adaptasi Calista Roy Pada Kasus Terpilih	35
1. Pengkajian Keperawatan.....	36
2. Diagnosis Keperawatan.....	38
3. Intervensi Keperawatan.....	39
4. Implementasi Keperawatan.....	41
5. Evaluasi Keperawatan.....	42
BAB IV PEMBAHASAN.....	44
A. Pengkajian Keperawatan.....	44
B. Diagnosa Keperawatan.....	46
C. Intervensi Keperawatan.....	47
D. Implementasi Keperawatan.....	48
E. Evaluasi Keperawatan.....	49
F. penerapan teknik relaksasi otot-otot progresif	50
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	53
A. Simpulan.....	53
B. Saran.....	54
Daftar Pustaka	55
Lampiran	



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Penilaian nyeri pada hari ke	51
Tabel 4.2 Penilaian nyeri pada hari ke	51



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Skala nyeri Wong Beker.....	13
Gambar 2.2 Numeric Rating Scale.....	14
Gambar 2.3 Gerakan Mengepalkan Tangan.....	18
Gambar 2.4 Gerakan Genggam Tangan Lipat.....	18
Gambar 2.5 Melatih Otot Bahu.....	18
Gambar 2.6 Melatih Otot Bahu.....	19
Gambar 2.7 Melatih Otot Bahu.....	20
Gambar 2.8 Gerakan Otot Tubuh.....	20



DAFTAR SKEMA

Gambar 2.1	Manusia sebagai Sistem Adaptif.....	Halaman 24
------------	-------------------------------------	---------------



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Lembar Asuhan Keperawatan
- Lampiran 2 Lembar SOP Terapi Relaksasi otot-otot progresif
- Lampiran 3 Lembar Leaflet Terapi Relaksasi otot-otot progresif
- Lampiran 4 Lembar Check List Observasi Pelaksanaan Terapi Relaksasi otot-otot progresif
- Lampiran 5 Lembar Observasi Pengukuran Nyeri
- Lampiran 6 Lembar Surat Persetujuan Tindakan Keperawatan



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sectio caesarea merupakan pengeluaran janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). Persalinan dengan *sectio caesarea* berisiko kematian 25 kali lebih besar dan berisiko infeksi 80 kali lebih tinggi dibanding persalinan pervaginam (Cunningham *et al*, 2010)

Menurut *World Health Organisation* (WHO), standar rata-rata *sectio caesarea* di sebuah negara adalah sekitar 5-15% per 1000 kelahiran di dunia, rumah sakit pemerintah rata-rata 11%, sementara di rumah sakit swasta bisa lebih dari 30% (Gibbons, 2010). Permintaan *sectio caesarea* di sejumlah negara berkembang melonjak pesat setiap tahunnya. Pada tahun 70-an permintaan *sectio caesarea* adalah sebesar 5%, kini lebih dari 50% ibu hamil menginginkan operasi *sectio caesarea* (Juditha, 2006). Menurut NCBI (2005) di Asia Tenggara jumlah yang melakukan tindakan *sectio caesarea* sebanyak 9550 kasus per 100.000 kasus pada tahun 2005 (Ferry, 2012).

Angka kejadian *sectio caesarea* di Indonesia menurut data survey nasional pada tahun 2007 adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8% dari seluruh persalinan (Rasjidi, 2009). Menurut penelitian Sarmana (2004) angka *sectio caesarea* di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan sebesar 27,76 % dan sebesar 13,88 % diantaranya merupakan *sectio caesarea* tanpa indikasi medis yaitu atas permintaan ibu bersalin itu sendiri (Sarmana, 2004).

Masalah yang terjadi pada *Post Sectio Caesarea* salah satunya adalah nyeri pada insisi. Nyeri dalam jangka waktu tertentu dapat menimbulkan beberapa akibat bagi pasien *post section caesarea* seperti rasa tidak nyaman, cemas, tegang dan akhirnya mengganggu aktifitas fungsional sehari-hari dan tentunya mengganggu produktivitas pasien (Roykulcharoen, 2004).

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang dihubungkan dengan jaringan yang rusak,

cenderung rusak atau segala keadaan yang menunjukkan adanya kerusakan jaringan (Sherwood, 2001; IASP, 2009). Nyeri pada pasien post operasi section caesaria adalah nyeri akut yang disebabkan karena kerusakan jaringan yang nyata dan akan hilang seiring dengan proses penyembuhannya, terjadi dalam waktu singkat sampai kurang dari 6 bulan. Kondisi nyeri merupakan stimulus yang menyebabkan stres fisik maupun psikologis yang harus dihadapi oleh pasien post operasi *section caesaria*.

Upaya – upaya untuk mengatasi nyeri pada pasien post operasi Histerektomi atau Miomektomi adalah dengan menggunakan farmakologis dan non farmakologis. Penatalaksanaan nyeri dengan farmakologis yaitu dengan menggunakan obat – obatan analgesik narkotik baik secara intravena maupun intramuskuler. Kelebihan dari penanganan farmakologis ini adalah nyeri dapat diatasi dengan cepat namun pemberian obat – obat kimia dalam jangka waktu lama dapat menimbulkan efek samping yang dapat membahayakan pemakainya seperti gangguan pada ginjal (Yosep, 2007). Pemberian secara *intravena* maupun *intramuskuler* misalnya dengan *meperidin* 75 – 100 mg atau dengan *morphin sulfat* 10 – 15 mg, namun penggunaan *analgesik* yang secara terus menerus dapat mengakibatkan ketagihan obat (Cunningham et al, 2006). Pengendalian nyeri secara farmakologi efektif untuk mengurangi nyeri berat dan sedang, namun demikian pemberian farmakologi tidak bertujuan untuk meningkatkan kemampuan klien sendiri untuk mengontrol nyerinya (Anggorowati dkk, 2007), sehingga dibutuhkan kombinasi farmakologi untuk mengontrol nyeri dan non farmakologi agar sensasi nyeri dapat berkurang serta masa pemulihan tidak memanjang (Bobak, 2004).

Penatalaksanaan nyeri secara nonfarmakologis antara lain menggunakan sentuhan afektif, sentuhan terapeutik, akupresur, relaksasi dan teknik imajinasi, distraksi, hipnosis, kompres dingin atau kompres hangat, stimulasi/massage kutaneus, TENS (*transcutaneous electrical nerve stimulation*) dan Relaksasi Benson (Gondo, 2011).

Salah satu cara untuk mengurangi nyeri adalah dengan therapy non farmakologi teknik relaksasi otot-otot progresif. Tehnik relaksasi progresif adalah adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan

melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lindquist, 2002). Hal ini juga didasarkan pada teori gate control, menjelaskan bahwa nyeri yang terjadi pada seseorang akibat adanya rangsangan tertentu seperti tindakan operasi dapat diblok ketika adanya interaksi antara stimulus nyeri dan stimulus pada serabut yang mengirimkan sensasi tidak nyeri diblok pada sirkuit gerbang penghambat, pembalikan ini dapat dilakukan melalui pengalihan perhatian ataupun dengan tindakan relaksasi (sutherland, 2005) Teknik relaksasi otot-otot progresif adalah salah satu terapi *non-farmakologi* untuk mengatasi nyeri yang dikembangkan oleh Edmun Jacobson (1930) dalam Banks (2005). Selain itu, manfaat teknik relaksasi otot-otot progresif bagi pasien diantaranya mengurangi ketegangan dan kecemasan (Paula, 2002). Kecepatan penurunan nyeri sangatlah diperlukan berhubung dengan pemulihan rasa nyaman, peningkatan kinerja motorik dan aktivitas fungsional.

Disamping itu ada pula beberapa manfaat lain, yaitu menimbulkan ketentraman batin, berkurangnya rasa cemas, detak jantung lebih rendah, mengurangi tekanan darah, ketahanan yang lebih besar terhadap penyakit, kesehatan mental menjadi lebih baik, dan daya ingat lebih baik. Banyak pasien dan tim kesehatan cenderung untuk memandangi obat sebagai satu-satunya metode untuk menghilangkan nyeri, padahal banyak aktifitas keperawatan *non farmakologis* yang dapat membantu dalam menghilangkan nyeri. Salah satunya adalah relaksasi progresif, metode penghilang nyeri *non farmakologis* yang mempunyai resiko yang sangat rendah. Meskipun tindakan tersebut bukan merupakan pengganti untuk obat-obatan, tindakan tersebut diperlukan untuk mempersingkat episode nyeri yang berlangsung hanya beberapa detik atau menit. Hal ini di dukung oleh hasil Penelitian Arif Dwi Cahyono yang berjudul “Pengaruh relaksasi progresif terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi *sectio caesarea* pada hari ke 1 – 2 di ruang bersalin RSUD kabupaten Kediri.” didapatkan hasil terjadi penurunan skala nyeri pada 6 responden sesudah diberi tindakan tehnik relaksasi, sehingga didapatkan

penurunan nilai mean sebesar 1,5, median 1,5, modus 1, dan standart deviasi 0,54 artinya terjadi penurunan skala nyeri

Pada penulisan karya tulis ini dalam menerapkan asuhan keperawatan model Calista Roy yaitu adaptasi Roy dalam penurunan tingkat nyeri pada pasien post operasi Caesar. Karena adaptasi merupakan suatu proses yang menyertai individu dalam berespon terhadap perubahan yang ada di lingkungan dan dapat mempengaruhi keutuhan tubuh baik secara fisiologis maupun psikologis yang akan menghasilkan perilaku adaptif. Sehingga dalam pengaplikasian adaptasi Roy diharapkan dapat menekan atau menurunkan tingkat nyeri pada pasien post operasi Caesar yang kemudian dapat membantu proses penyembuhan dan perbaikan coping dari individu.

Model adaptasi Roy menjelaskan bahwa keperawatan merupakan profesi yang berfokus pada proses kehidupan manusia dalam memberikan asuhan dan peningkatan promosi kesehatan pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat secara keseluruhan. Roy mendefinisikan tujuan keperawatan sebagai peningkatan adaptasi dalam setiap jenis adaptasi sehingga berkontribusi pada kesehatan seseorang (Tomey & Alligood, 2010). Tujuan model Adaptasi Roy adalah meningkatkan perilaku adaptif dan merubah perilaku maladaptif menjadi adaptif. Adaptasi akan meningkatkan integritas untuk meningkatkan kesehatan seseorang, kualitas hidup dan meninggal dunia dalam keadaan damai. Roy juga menekankan bahwa keperawatan dibutuhkan untuk mengurangi respon yang tidak efektif dan meningkatkan respon adaptif sehingga hasil akhirnya adalah tingkah laku yang sehat (Tomey & Alligood, 2010).

Kondisi nyeri merupakan stimulus yang menyebabkan stres fisik maupun psikologis yang harus dihadapi oleh pasien post Sectio Caesaria . Stres fisik ini merupakan salah satu gangguan pada mode adaptasi fisiologis, mode adaptasi fisiologis ini dapat mempengaruhi mode adaptasi yang lainnya dan proses adaptasi pasien dalam mencapai adaptasi yang adaptif Intervensi keperawatan didefinisikan oleh Roy adalah suatu pendekatan perawat dalam meningkatkan adaptasi dengan merubah stimulus atau menguatkan proses adaptasi. Intervensi keperawatan dapat difokuskan kepada proses coping dan stimulus.

Intervensi keperawatan dapat mendorong aktivitas kognator dan regulator (Tomey & Alligood, 2010).

Hampir pada semua kasus tersebut sangat memungkinkan terjadinya nyeri, dari nyeri ringan sampai nyeri berat. Nyeri yang dialami pasien tersebut membutuhkan penanganan yang tepat, agar terapi yang diberikan memberikan manfaat, selain itu pasien memerlukan intervensi untuk dapat meningkatkan adaptasinya terhadap rasa nyeri yang dialami.

Berdasarkan data dari Ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Syahrani pasien yang melahirkan dengan cara Sectio Cesaria dari bulan agustus 2017 sebanyak 63 orang, bulan September sebanyak 65 orang dan bulan oktober sebanyak 67 orang didapatkan data bahwa jumlah angka persalinan secara *sectio caesarea* sebanyak 388 jiwa. Dari data tersebut dapat disimpulkan angka persalinan dengan *sectio caesarea* masih tinggi dimana jumlahnya sekitar 50% dari jumlah persalinan spontan (Aprilia, 2013).

Pada karya tulis ilmiah ini, penulis melakukan asuhan keperawatan maternitas pada klien post sectio caesaria yang mengalami masalah nyeri akut dengan menggunakan teknik relaksasi otot-otot progresif untuk menurunkan skala nyeri melalui upaya penerapan model Teori Keperawatan Adaptasi Roy di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahrani Samarinda.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan pada klien post operasi *Sectio Caesarea* dengan masalah nyeri menggunakan pendekatan model konsep Calista Roy di ruang Mawar Rumah Sakit Umum Abdul Wahab Syahrani Samarinda.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi pengkajian pada klien post operasi *Sectio Caesarea* dengan masalah nyeri.
- b. Mengidentifikasi masalah keperawatan yang muncul pada klien post operasi *Sectio Caesarea* dengan masalah nyeri.
- c. Mengidentifikasi intervensi pada klien post operasi *Sectio Caesarea* dengan masalah nyeri.

- d. Mengidentifikasi evaluasi pada klien post operasi *Sectio Caesarea* dengan masalah nyeri.
- e. Mengidentifikasi efektivitas teknik relaksasi otot – otot progresif terhadap penurunan nyeri.

C. Manfaat

1. Manfaat Teoritis

Karya ilmiah ners ini dapat menjadi dasar dalam praktik keperawatan maternitas dan sebagai proses pembelajaran dalam melakukan asuhan keperawatan maternitas untuk melatih kemandirian post operasi *sectio Caesaria* dengan menerapkan Teori keperawatan Adaptasi Calista Roy.

2. Manfaat Praktis

Karya ilmiah ners ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas praktik keperawatan maternitas Terutama pada kemampuan klien post operasi *sectio Caesaria* dengan menerapkan Teori keperawatan Adaptasi Calista Roy dalam mengontrol nyerinya dan digunakan sebagai dasar dalam perencanaan pada keluarga terutama klien dalam proses penyembuhan atau pemulihannya.



BAB II

KONSEP TEORI

A. Tinjauan Teori

1. *Sectio Caecarea*

a. Pengertian

Sectio caecarea adalah pembedahan untuk melahirkan janin dengan membuka dinding perut dan dinding uterus atau vagina atau suatu hysterotomi untuk melahirkan janin dari dalam rahim (Luxner, 2009)

b. Jenis – jenis operasi *sectio caecarea*

1) Abdomen (*Sectio Caecarea Abdominalis*)

a) *Sectio Caecarea Transperitonealis*

SC klasik atau corporal (dengan insisi memanjang pada corpus uteri). Dilakukan dengan membuat sayatan memanjang pada korpus uteri kira-kira 10 cm.

Kelebihan :

Mengeluarkan janin dengan cepat, Tidak mengakibatkan komplikasi kandung kemih tertarik Sayatan bisa diperpanjang proksimal atau distal.

Kekurangan:

Infeksi mudah menyebar secara intra abdominal karena tidak ada reperitonealis yang baik, Untuk persalinan yang berikutnya lebih sering terjadi rupture uteri spontan

b) SC ismika atau profunda (*low servical* dengan insisi pada segmen bawah rahim)

Dilakukan dengan melakukan sayatan melintang konkat pada segmen bawah rahim (*low servical transversal*) kira-kira 10 cm

Kelebihan :

Penjahitan luka lebih mudah, Penutupan luka dengan reperitonealisasi yang baik , Tumpang tindih dari *peritoneal flap* baik sekali untuk menahan penyebaran isi uterus ke

rongga peritoneum , Perdarahan tidak begitu banyak ,
Kemungkinan ruptur uteri spontan berkurang atau lebih kecil

Kekurangan :

Luka dapat melebar ke kiri, kanan, dan bawah sehingga dapat menyebabkan uteri uterine pecah sehingga mengakibatkan perdarahan banyak, Keluhan pada kandung kemih post operasi tinggi.

- c) *SC Ekstra Peritonealis* yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka cavum abdominal.

2) *Vagina (Section Caesarea Vaginalis)*

Menurut sayatan pada rahim, *sectio caecarea* dapat dilakukan sebagai berikut:

- a) Sayatan memanjang (*longitudinal*)
- b) Sayatan melintang (*Transversal*)
- c) Sayatan huruf T (*T insicion*)

c. Indikasi

Operasi *sectio caecarea* dilakukan jika kelahiran pervaginal mungkin akan menyebabkan resiko pada ibu ataupun pada janin, dengan pertimbangan hal-hal yang perlu tindakan SC proses persalinan normal lama/ kegagalan proses persalinan normal (*Dystasia*)

- 1) His lemah / melemah
- 2) *Fetal distress*
- 3) Janin dalam posisi sungsang atau melintang
- 4) Bayi besar (BBL \square 4,2 kg)
- 5) Plasenta previa
- 6) Kalainan letak
- 7) Disproporsi cevalo-pelvik (ketidakseimbangan antar ukuran kepala dan panggul)
- 8) Ruptur uteri mengancam
- 9) *Hydrocephalus*
- 10) Primi muda atau tua

- 11) Partus dengan komplikasi (eklamsi, DIC, sindrom HELLP, dll)
- 12) Panggul sempit

d. Komplikasi

Kemungkinan yang timbul setelah dilakukan operasi ini antara lain :

- 1) Infeksi puerperial (Nifas)
 - a) Ringan, dengan suhu meningkat dalam beberapa hari
 - b) Sedang, suhu meningkat lebih tinggi disertai dengan dehidrasi dan perut sedikit kembung
 - c) Berat, peritonealis, sepsis dan usus paralitik.

- 2) Perdarahan
 - a) Banyak pembuluh darah yang terputus dan terbuka
 - b) Perdarahan pada plasenta bed
 - c) Luka kandung kemih, emboli paru dan keluhan kandung kemih bila peritonealisasi terlalu tinggi
 - d) Kemungkinan ruptur tinggi spontan pada kehamilan berikutnya.

2. Nyeri

a. Pengertian

Menurut Sherwood (2001) nyeri adalah mekanisme protektif yang ditujukan untuk menimbulkan kesadaran bahwa telah atau akan terjadi kerusakan jaringan, serta disertai perilaku termotivasi dan reaksi emosi. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial (Monga & Grabois, 2002; Tomlinson & Kline, 2005; IASP, 2009).

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, yang berhubungan dengan jaringan rusak, cenderung rusak atau segala keadaan yang menunjukkan adanya kerusakan jaringan (Permono, Sutaryo, Ugrasena, Windiastuti, & Abdulsalam, 2006). Menurut Pasero dan Mc Caffery (2011) dalam James, Nelson dan Ashwill (2013) nyeri adalah apapun yang pasien alami dan katakan, meskipun menurut orang lain tidak merasakan yang sama

b. Klasifikasi nyeri

Nyeri dapat dibedakan berdasarkan beberapa kriteria. Diantaranya adalah :

1) Berdasarkan Sumber Nyeri

Sumber nyeri bisa berasal dari mana saja seperti kulit, ligamen, otot, dan lain-lain. Berdasarkan mekanisme neurofisiologi dapat dibedakan menjadi:

- a) Cutaneus/superfisial yaitu nyeri yang mengenai kulit/jaringan subkutan, biasanya bersifat burning (seperti terbakar), misalnya terkena ujung pisau atau gunting,
- b) Deep somatik yaitu nyeri yang muncul dari ligament, pembuluh darah, tendon dan saraf, nyeri ini menyebar dan lebih lama daripada cutaneus, contohnya nyeri sendi,
- c) Visceral yaitu nyeri pada organ dalam, dimana reseptor nyeri dalam rongga abdomen, kranium dan thorak. Biasanya terjadi karena spasme otot, iskemia dan regangan otot (Monga & Grobais, 2002).

2) Berdasarkan Penyebab Nyeri

Nyeri yang dialami pasien dapat disebabkan oleh hal-hal tertentu, oleh karena itu berdasarkan penyebabnya, nyeri dapat dibedakan atas tiga kategori yaitu nyeri nosiseptif, nyeri neurogenik, dan nyeri psikogenik (Benzon, et al., 2005). Nyeri nosiseptif, merupakan nyeri yang dikarenakan oleh kerusakan jaringan baik somatik maupun viseral. Stimulasi nosiseptor baik secara langsung maupun tidak langsung akan mengakibatkan pengeluaran mediator inflamasi dari jaringan, sel imun dan ujung saraf sensoris dan simpatik. Nyeri neurogenik disebabkan oleh cedera pada jalur serat saraf perifer, infiltrasi sel kanker pada serabut saraf, dan terpotongnya saraf perifer. Nyeri psikogenik, yaitu nyeri yang penyebabnya kurang jelas atau susah diidentifikasi bersumber dari emosi atau psikis dan biasanya tidak disadari, contohnya orang yang marah, tiba-tiba merasa nyeri pada dadanya.

3) Berdasarkan Lama/Durasi Nyeri

Lama atau durasi nyeri yang dialami oleh pasien sangat beraneka ragam. Hal ini tentu sangat mengganggu aktivitas dari penderita nyeri tersebut. Nyeri berdasarkan lama dibedakan atas :

a) Nyeri akut

Nyeri akut adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (IASP), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung kurang dari 6 bulan (Nanda, 2012).

b) Nyeri kronik

Nyeri kronik adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang aktual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (IASP), awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 6 bulan (Nanda, 2012).

c. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Nyeri

Menurut Potter dan Perry (2012) nyeri merupakan sesuatu yang kompleks, oleh karena itu banyak faktor yang mempengaruhi pengalaman nyeri individu, yaitu sebagai berikut:

1) Usia

Usia, khususnya pada anak-anak dan lansia. Perbedaan perkembangan, yang ditemukan diantara kelompok usia ini dapat mempengaruhi bagaimana bereaksi terhadap nyeri. Anak belum bisa mengungkapkan nyeri, sehingga perawat harus mengkaji respon nyeri pada anak. Pada orang dewasa kadang melaporkan nyeri jika sudah patologis dan mengalami kerusakan fungsi, mereka cenderung memendam nyeri yang dialami, karena mereka menganggap nyeri adalah hal alamiah yang harus dijalani dan

mereka takut kalau mengalami penyakit berat atau meninggal jika nyeri diperiksakan.

2) Kebudayaan

Mempengaruhi cara individu mengatasi nyeri. Individu belajar dari budayanya, bagaimana seharusnya mereka berespon terhadap nyeri, misalnya suatu daerah menganut kepercayaan bahwa nyeri adalah akibat yang harus diterima karena mereka melakukan kesalahan jadi mereka tidak mengeluh jika ada nyeri.

3) Makna nyeri

Dipengaruhi oleh pengalaman nyeri sebelumnya dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri.

4) Perhatian

Menurut Gill (1990) dalam Potter dan Perry (2012) tingkat perhatian seseorang dapat mempengaruhi persepsi nyeri. Perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan upaya pengalihan (distraksi) dihubungkan dengan respons nyeri yang menurun.

5) Ansietas

Ansietas seringkali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan ansietas. Keletihan meningkatkan persepsi nyeri. Rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping.

6) Koping

Nyeri dapat menyebabkan ketidakmampuan, baik sebagian maupun keseluruhan. Pasien seringkali menemukan berbagai cara untuk mengembangkan koping terhadap efek fisik dan psikologis nyeri.

7) Dukungan keluarga

Kehadiran orang-orang terdekat klien akan mempengaruhi respon nyeri yang dialami. Individu yang mengalami nyeri seringkali bergantung kepada anggota keluarga atau teman dekat untuk memperoleh dukungan, bantuan atau perlindungan, walaupun nyeri tetap dirasakan klien, kehadiran orang yang dicintai klien akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. Apabila tidak ada keluarga atau teman, seringkali pengalaman nyeri membuat klien semakin tertekan.

d. Penilaian intensitas Nyeri

Nyeri tidak dapat diukur secara obyektif misalnya dengan pemeriksaan rontgen atau tes darah (IASP, 2009; Potter & Perry, 2012), namun nyeri yang muncul dapat diperkirakan berdasarkan tanda dan gejalanya. Pasien diminta untuk menggambarkan nyeri yang dialaminya tersebut sebagai nyeri ringan, sedang atau berat.

Ada beberapa metode yang umumnya digunakan untuk mengukur intensitas nyeri yaitu *Faces Pain Rating Scale*, *Visual Analogue Scale*, dan *Numeric Rating Scale* (Hockenberry & Wilson, 2009; James, Nelson, & Ashwill, 2013).

1) ***Faces Pain Rating Scale Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*** atau biasa disebut skala wajah.

Terdiri atas enam wajah kartun yang memiliki rentang dari wajah tersenyum "untuk tidak ada nyeri" sampai wajah terurai air mata untuk "nyeri yang paling berat. Skala ini dapat digunakan untuk anak-anak yang berusia minimal 3 tahun atau lebih.

Kelebihan dari skala wajah ini yaitu anak dapat menunjukkan sendiri rasa nyeri yang baru saja dialaminya sesuai dengan gambar yang telah ada dan skala wajah ini direkomendasikan untuk anak-anak (Hockenberry & Wilson, 2009; James, Nelson & Ashwill, 2013).

Gambar :



Gambar 2.1

Faces Pain Rating Scale Wong-Baker Faces Pain Rating Scale

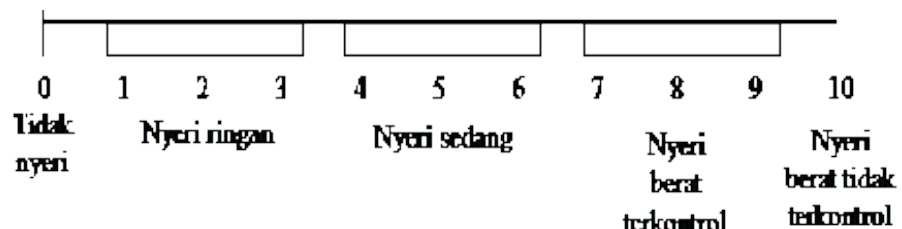
2) **Visual Analogue Scale (VAS)**

Skala VAS menggunakan suatu garis lurus yang mewakili intensitas nyeri yang terus menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi pasien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi tingkat nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih sensitif karena pasien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian dari pada dipaksa memilih satu kata atau satu angka (Potter, 2012).

3) **Numeric Rating Scale**

Metode ini menggunakan angka untuk menggambarkan range dari intensitas nyeri. Pasien menilai nyeri menggunakan skala 0-10. Skala biasanya digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan sesudah intervensi terapeutik.

Kelebihan NRS yaitu mudah digunakan dan sederhana. Tervalidasi untuk berbagai tipe nyeri. Kekurangannya tidak dapat digunakan untuk tipe pasien tertentu. Seperti pasien yang terlalu tua atau muda. Pasien dengan gangguan visual, pendengaran, atau kognitif.



Gambar 2.2

Numeric Rating Scale

Keterangan:

Nilai	Kategori	Data objektif yang didapat
0	Tidak nyeri	Pasien dapat berkomunikasi dengan baik
1-3	Nyeri ringan	Pasien dapat berkomunikasi dengan baik
4-6	Nyeri sedang	pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendeskripsikannya, dapat mengikuti perintah dengan baik
7-9 :	Nyeri berat	Pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih merespon tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi
10	Nyeri sangat berat	Pasien sudah tidak mampu lagi berkomunikasi, memukul

3. Terapi Relaksasi Otot Progresif

a. Pengertian :

Tehnik relaksasi progresif adalah adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lindquist, 2002).

b. Tujuan Terapi Relaksasi Otot Progresif

Menurut Herodes (2010), Alim (2009), dan potter (2005), tujuan dari teknik ini adalah untuk:

- 1) Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolic.
- 2) Mengurangi disritmia jantung, kebutuhan oksigen;
- 3) Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian serta relaks;
- 4) Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi;
- 5) Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress
- 6) Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan.
- 7) Membangun emosi positif dari emosi negative.

c. Indikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif

- 1) Klien yang mengalami gangguan tidur (insomnia).
- 2) Klien yang sering mengalami stress.
- 3) Klien lansia yang mengalami kecemasan.
- 4) Klien lansia yang mengalami depresi.

d. Kontra indikasi Terapi Relaksasi Otot Progresif

- 1) Klien lansia yang mengalami keterbatasan gerak, misalnya tidak bisa menggerakkan badannya.
- 2) Klien lansia yang menjalani perawatan tirah baring (*bed rest*).

e. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan

Berikut adalah hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan kegiatan terapi relaksasi otot progresif.

- 1) Jangan terlalu menegangkan otot berlebihan karena dapat melukai diri sendiri.
- 2) Dibutuhkan waktu sekitar 20-50 detik untuk membuat otot-otot relaks.
- 3) Perhatikan posisi tubuh. Lebih nyaman dengan mata tertutup. Hindari dengan posisi berdiri.
- 4) Menegangkan kelompok otot dua kali tegangan.
- 5) Melakukan pada bagian kanan tubuh dua kali, kemudian bagian kiri dua kali.
- 6) Memeriksa apakah klien benar-benar relaks.
- 7) Terus-menerus memberikan instruksi.
- 8) Memberikan instruksi tidak terlalu cepat dan tidak terlalu lambat.

f. Teknik Relaksasi Otot Progresif

1) Persiapan Alat :

Persiapan alat dan lingkungan: kursi, bantal, serta lingkungan yang tenang dan sunyi.

2) Persiapan pasien :

- a) Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur, dan pengisian lembar persetujuan terapi pada klien;
- b) Posisikan tubuh klien secara nyaman yaitu berbaring dengan mata tertutup menggunakan bantal dibawah kepala dan lutut atau duduk dikursi dengan kepala ditopang, hindari posisi berdiri;
- c) Lepaskan asesoris yang digunakan seperti kacamata, jam, dan sepatu;
- d) Longgarkan ikatan dasi, ikat pinggang atau hal lain yang sifatnya mengikat ketat.

3) Prosedur

Gerakan 1: ditujukan untuk melatih otot tangan

Caranya :

- a) Genggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan.
- b) Buat kepalan semakin kuat sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi.
- c) Pada saat kepalan dilepaskan, klien dipandu untuk merasakan relaks selama 10 detik.
- d) Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali sehingga klien dapat membedakan perbedaan antara ketegangan otot dan keadaan relaks yang dialami.
- e) Prosedur serupa juga dilatihkan pada tangan kanan.

Gerakan 2: ditujukan untuk melatih otot tangan bagian belakang

Caranya:

- a) Tekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit. Gerakan melatih otot tangan bagian depan dan belakang ditunjukkan pada gambar.



Gambar 2.3

Gerakan Mengepalkan Tangan

Gerakan 3: ditujukan untuk melatih otot biceps (otot besar pada bagian atas pangkal lengan).

Caranya :

- a) Genggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan.
- b) Kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot biceps akan menjadi tegang.



Gambar 2.4

Gerakan Genggam Tangan Lipat Sampai ke Pundak

Gerakan 4: ditujukan untuk melatih otot bahu supaya mengendur

Caranya :

- a) Angkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan hingga menyantuh kedua telinga.
- b) Fokuskan atas, dan leher.



Gambar 2.5

Melatih Otot Bahu

Gerakan 5 dan 6: ditujukan untuk melemaskan otot-otot wajah (seperti otot dahi, mata, rahang, dan mulut).

Caranya :

- a) Gerakkan otot dahi dengan cara mengerutkan dahi dan alis sampai otot terasa dan kulitnya keriput.
- b) Tutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan disekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata.

Gerakan 7: ditujukan untuk mengendurkan ketegangan yang dialami oleh otot rahang

Caranya :

- a) Katupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga terjadi ketegangan disekitar otot rahang.

Gerakan 8: ditujukan untuk mengendurkan otot-otot sekitar mulut

- a) Bibir dimoncongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut

Gambar :



Gerakan 12: ditujukan untuk melemaskan otot dada

Caranya :

- a) Tarik napas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya.
- b) Ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada sampai turun ke perut, kemudian dilepas.
- c) Saat ketegangan dilepas, lakukan napas normal dengan lega.
- d) Ulangi sekali lagi sehingga dapat dirasakan perbedaan antara kondisi tegang dan relaks

Gambar :



Gambar 2.7
Melatih Otot Bahu

Gerakan 13: ditujukan untuk melatih otot perut

Caranya :

- Tarik dengan kuat perut ke dalam.
- Tahan sampai menjadi kencang dan keras selama 10 detik, lalu dilepaskan bebas.
- Ulangi kembali seperti gerakan awal perut ini.

Gerakan 14-15: ditujukan untuk melatih otot-otot kaki (seperti paha dan betis).

- Luruskan kedua telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang.
- Lanjutkan dengan mengunci lutut sedemikian rupa sehingga ketegangan pindah ke otot betis.
- Tahan posisi tegang selama 10 detik, lalu dilepas
- Ulangi setiap gerakan masing-masing dua kali.

Gambar :



Gambar 2.8
Gerakan Otot-otot bagian tubuh

A. Integrasi Model Dan Konsep Keperawatan Dalam Proses Keperawatan

1. Gambaran Model Adaptasi Roy

Pemberian asuhan keperawatan dengan masalah nyeri pada Ibu post section caesaria dalam penulisan karya ilmiah ini menggunakan pendekatan teori keperawatan model adaptasi Roy.

a. Pengertian

Model Adaptasi Roy pertama kali dikembangkan oleh Sister Calista Roy pada tahun 1964-1966 dan baru diaplikasikan tahun 1968. Berdasarkan filosofinya, Roy menjelaskan bahwa manusia adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan berbagai persoalan yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi. Penggunaan coping atau mekanisme pertahanan diri adalah berespon melakukan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri dari keadaan rentang sehat sakit dari keadaan lingkungan sekitarnya (Tomey & Alligood, 2010).

b. Asumsi model Adaptasi Roy

Model adaptasi Roy ini berdasarkan asumsi yang ada bahwa ada empat faktor yang akan menjelaskan adaptasi antara lain adalah manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Menurut Roy manusia adalah holistik dan merupakan system adaptasi, sistem adaptasi, sistem manusia menggambarkan bahwa keseluruhan bagian atau fungsinya merupakan satu kesatuan untuk mencapai suatu tujuan (Tomey & Alligood, 2010).

c. Komponen System dalam Model Adaptasi Roy

System adalah suatu kesatuan yang di hubungkan karena fungsinya sebagai kesatuan untuk beberapa tujuan dan adanya saling ketergantungan dari setiap bagian-bagiannya. System dalam model adaptasi Roy sebagai berikut:

1. Input

Roy mengidentifikasi bahwa input sebagai stimulus, merupakan kesatuan informasi, bahan-bahan atau energi dari lingkungan yang dapat menimbulkan respon, dimana dibagi

dalam tiga tingkatan yaitu stimulus fokal, kontekstual dan stimulus residual.

- a) Stimulus fokal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan seseorang, efeknya segera, misalnya infeksi .
- b) Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami seseorang baik internal maupun eksternal yang mempengaruhi situasi dan dapat diobservasi, diukur dan secara subyektif dilaporkan. Rangsangan ini muncul secara bersamaan dimana dapat menimbulkan respon negatif pada stimulus fokal seperti anemia, isolasi sosial.
- c) Stimulus residual yaitu ciri-ciri tambahan yang ada dan relevan dengan situasi yang ada tetapi sukar untuk diobservasi meliputi kepercayaan, sikap, sifat individu berkembang sesuai pengalaman yang lalu, hal ini memberi proses belajar untuk toleransi. Misalnya pengalaman nyeri pada pinggang ada yang toleransi tetapi ada yang tidak.

2. Kontrol

Proses kontrol seseorang menurut Roy adalah bentuk mekanisme koping yang di gunakan. Mekanisme kontrol ini dibagi atas regulator dan kognator yang merupakan subsistem.

a) Subsistem regulator.

Subsistem regulator mempunyai komponen-komponen : input-proses dan output. Input stimulus berupa internal atau eksternal. Transmitter regulator sistem adalah kimia, neural atau endokrin. Refleks otonom adalah respon neural dan brain sistem dan spinal cord yang diteruskan sebagai perilaku output dari regulator sistem. Banyak proses fisiologis yang dapat dinilai sebagai perilaku regulator subsistem.

b) Subsistem kognator.

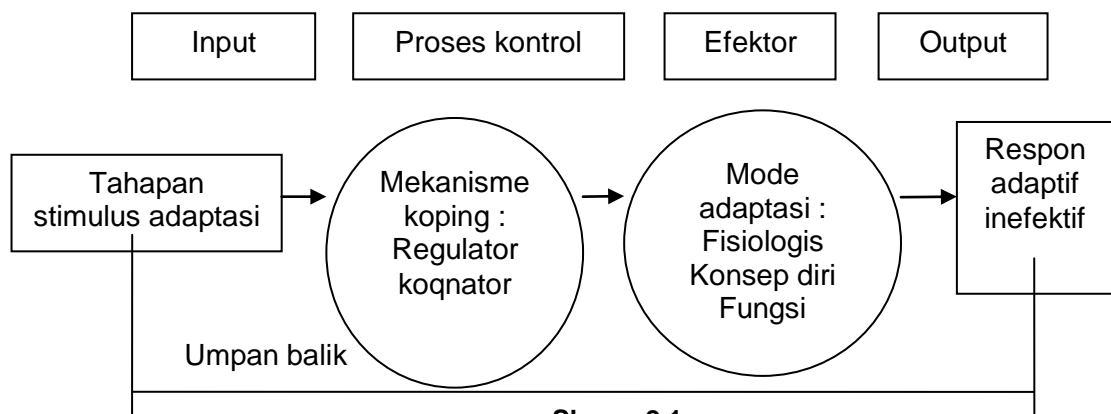
Stimulus untuk subsistem kognator dapat eksternal maupun internal. Perilaku output dari regulator subsistem

dapat menjadi stimulus umpan balik untuk kognator subsistem. Kognator kontrol proses berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi. Persepsi atau proses informasi berhubungan dengan proses internal dalam memilih atensi, mencatat dan mengingat. Belajar berkorelasi dengan proses imitasi, reinforcement (penguatan) dan insight (pengertian yang mendalam). Penyelesaian masalah dan pengambilan keputusan adalah proses internal yang berhubungan dengan penilaian atau analisa. Emosi adalah proses pertahanan untuk mencari keringanan, mempergunakan penilaian dan kasih sayang.

3. Output

Output dari suatu sistem adalah perilaku yang dapat diamati, diukur atau secara subyektif dapat dilaporkan baik berasal dari dalam maupun dari luar. Perilaku ini merupakan umpan balik untuk sistem. Roy mengkategorikan output sistem sebagai respon yang adaptif atau respon yang tidak mal-adaptif. Respon yang adaptif dapat meningkatkan integritas seseorang yang secara keseluruhan dapat terlihat bila seseorang tersebut mampu melaksanakan tujuan yang berkenaan dengan kelangsungan hidup, perkembangan, reproduksi dan keunggulan. Sedangkan respon yang mal adaptif perilaku yang tidak mendukung tujuan ini.

Model Adaptasi Roy berfokus pada konsep adaptasi manusia. Konsepnya meliputi keperawatan, manusia, sehat dan lingkungan yang kesemuanya itu merupakan hubungan dan merupakan suatu sistem yang saling berkesinambungan. digambarkan dalam skema berikut:



Skema 2.1
Manusia Sebagai Sistem Adaptasi
Sumber: Tomey &Alligood, 2010

Ada empat mode adaptasi yang ada hubungannya dengan respon siste manusia untuk melakukan stimulus dari lingkungan. Yaitu mode adaptasi fisiologis, mode adaptasi konsep diri, mode adaptasi fungsi peran, dan mode adaptasi interdependensi. Mode adaptasi fisiologis dihubungkan dengan proses fisik dan kimiawi yang termasuk didalamnya fungsi dan aktivitas organisme kehidupan (Tomey & Alligood, 2010).

Ada lima kebutuhan yang dididentifikasi dalam hubungannya dengan kebutuhandasar dari mode fisiologi, yaitu: oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, dan proteksi. Selain itu ada empat proses kompleks yang berkontribusi dalam mode fisiologis didalamnya yaitu sensasi, cairan dan elektrolit, fungsi neurologis, dan endokrin

2. Proses keperawatan menurut Adaptasi Roy

Proses keperawatan yang dijelaskan dalam Model Adaptasi Roy ada enam tahapan yaitu pengkajian perilaku, pengkajian stimulus, diagnosis keperawatan, penetapan tujuan (*goal setting*), intervensi keperawatan dan evaluasi.

a. Pengkajian Perilaku

Pengkajian tahap pertama ini mengkaji data tentang perilaku dari manusia sebagai sistem adaptasi. Pengkajian perilaku untuk mendapatkan respon dari empat mode adaptasi yaitu mode adaptasi fisiologis, konsep diri fungsi peran dan interdependensi. Pengkajian perilaku ini dapat diambil dengan cara observasi dan non observasi.

b. Pengkajian Stimulus

Pengkajian stimulus untuk mengkaji adanya perubahan yang ada didalam maupun diluar. Pada pengkajian stimulus ini apabila ditemukan data inefektif atau adaptif maka perawat harus mengumpulkan data stimulus yang didalamnya ada stimulus fokal kontekstual dan residual.

c. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian yang menghasilkan pernyataan yang menyatakan status adaptasi pada sistem adaptasi pada sistem adaptasi manusia. Pernyataan tersebut berdasarkan tingkah laku yang dikaji pada tahapan pertama dengan stimulus yang perilaku yang dikaji. Diagnosis keperawatan yang mempengaruhi perilaku yang dikaji digunakan melihat pada NANDA sesuai konsep yang dinyatakan oleh Roy.

d. Penetapan Tujuan

Tujuan ditetapkan setelah perawat mengkaji perilaku dari individu atau kelompok dan stimulus yang mempengaruhi serta telah teridentifikasi diagnosis keperawatan. Penetapan tujuan didefinisikan sebagai pernyataan yang jelas tujuan perilaku dari asuhan keperawatan. Penetapan tujuan juga menjaga dan meningkatkan perilaku adaptif dan merubah inefektif menjadi adaptif.

e. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan didefinisikan oleh Roy adalah suatu pendekatan perawat dalam meningkatkan adaptasi dengan merubah stimulus atau menguatkan proses adaptasi. Intervensi keperawatan dapat

difokuskan kepada proses koping dan stimulus Intervensi keperawatan dapat juga mendorong aktivitas kognator dan regulator.

f. Evaluasi

Evaluasi merupakan penilaian terhadap intervensi keperawatan yang dihubungkan langsung perilaku individu dan kelompok. Perawat harus memiliki keterampilan saat menilai intervensi keperawatan seperti observasi, intuisi, pengukuran dan wawancara. Bila tujuan tercapai, artinya intervensi efektif. Bila tujuan tidak tercapai, kaji lebih lanjut pertimbangkan kembali penetapan tujuan dan intervensi.



BAB III

APLIKASI MODEL KEPERAWATAN ADAPTASI CALISTA ROY

A. Gambaran Kasus

1. Kasus 1

Ny..A umur 42 dengan diagnose post Sectio Cesaria atas indikasi bekas SC dan Plasenta Previa (G2P1A0). Hari ke 0 Keluhan utama nyeri. mengeluh nyeri pada luka operasi diperut, bekas sayatan terasa perih, ekspresi wajah meringis, nyeri hilang timbul, lebih terasa sakit bila di bawa gerak, skala nyeri 6

Riwayat penyakit sekarang : Klien masuk ke rumah sakit pada tanggal 11 -11-2017 jam 22:00 WITA dengan keluhan nyeri perut hilang timbul dan kadang-kadang perut terasa kencang, penggung dan belakang terasa nyeri

Riwayat persalinan; persalinan pertama lahir prematur pasenta previa, hidup, satu minggu kemudian meninggal, hamil anak kedua lahir hidup, dengan cara persalinaan *sectio caesaria* dirumah sakit umum, umur 2 tahun, klien selalu mememeeriksakan kehamilannya dengan dokter SpOG. Riwayat kehamilan ini pasien HPHT tanggal HPHT:28-02-2017, TP :05-12-2017, pasien mengatakan haid pertama pada usia 14 tahun, lama haid 3-4 hari dan banyaknya haid sehari 5-6 kali ganti pembalt. Pasien melakukan pemeriksaan dengan dengan dokter SPOG dari poli kandungan untuk direncanakan operasi, kemudian dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi tanggal 13 November 2017. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan tidak mempunyai penyakit darah tinggi dan asma

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital diperoleh tensi 130/80 mmhg, nadi; 88 x/menit, RR;22 x/menit, suhu;36 .⁰C kekuatan otot atas 5//5, turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (+), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum lemah kesadaran CM, terdapat luka operasi daerah abdomen arah horizontal tertutup verban dalam keadaan bersih.. Hasil Ipemeriksaan laboratorium tanggal 11 nopember 2017 diperoleh Hb : 11.3 gr %, lekosit : 10,500/uL, Ht : 33.9 %, HbsAG negative,

Therapy yang sudah diberikan adalah Cefotaxim 3 x 1 gr, metronidasol 2 x 500 mg, oxytocin 3 x 1 amp, tramadol 3 x 1 ampul/drip, ranitidine 2 x 1 amp.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. A berdasarkan NANDA adalah 1) Nyeri akut (Domain 12 kelas 1 kode 00132), 2) Hambatan mobilitas fisik (Domain 4 kelas 2 kode 00085), 3) Defisit perawatan diri: mandi (Domain 4 kelas 5 kode 00108), 4) Risiko infeksi (Domain 11 kelas 1 kode 00004),

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. A setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu klien mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialami, melakukan mobilisasi bertahap, melakukan perawatan diri secara mandiri, klien akan bebas dari infeksi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain memantau nyeri, manajemen nyeri dengan teknik relaksasi otot-otot progresif, membantu klien menggunakan teknik manajemen nyeri saat nyeri muncul, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan mobilisasi memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengobservasi adanya tanda – tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nosokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan,

Hasil evaluasi pada hari pertama post operasi, skala nyeri masih 5, klien hanya mampu melakukan mobilisasi setengah duduk tidak bisa duduk penuh karena merasakan nyeri daerah luka operasi, kebutuhan perawatan diri klien masih dibantu oleh keluarga dan perawat, keadaan luka operasi klien tidak terdapat tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi terkontrol dengan skala nyeri 4, klien terlihat tenang dan rileks, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, klien sudah dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat luka operasi klien bersih tidak ada tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli kandungan satu minggu setelah dirumah.

2. Kasus 2

Ny..Y umur 27 tahun dengan diagnose post Sectio Cesaria atas indikasi Oligohidramion (ketuban kruh) dan post mature, Ketuban Pecah Dini (KPD) G3P0A2 Hari ke I, Keluhan utama nyeri. mengeluh nyeri pada luka operasi diperut, bekas sayatan terasa perih, ekspresi wajah meringis, nyeri hilang timbul, lebih terasa sakit bila di bawa gerak, skala nyeri 6,

Riwayat penyakit sekarang : Klien masuk ke rumah sakit pada tanggal 14 -11-2017 jam 10:30 WITA dengan keluhan nyeri perut hilang timbul dan kadang-kadang perut terasa kencang, punggung dan belakang terasa nyeri. Sudah sering keuar air sedikit-sedikit seperti buang air kecil sejak malam

Riwayat persalinan gravida pertama dan kedua abortus pada usia kehamilan tiga bulan, dan dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan dinyatakan terkena toxoplasmosis, sebelum kehamilan ini pasien sudah mendapatkan pengobatan dari dokter SPOG . Riwayat kehamilan ini pasien HPHT tanggal 30-01-2017 dan TP tanggal 26 november 2017, pasien mengatakan haid pertama pada usia 12 tahun, lama haid 5-6 hari dan banyaknya haid sehari 5-6 kali ganti pembalut. Pasien melakukan pemeriksaan dengan dokter SPOG dari poli kandungan untuk segera dioperasi, kemudian dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi tanggal 15 November 2017. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan tidak mempunyai penyakit darah tinggi.

Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan tensi 110/70 mmhg, nadi;78x/menit, RR;18 x/menit, suhu;36.5.°C kekuatan otot atas 5//5, turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (+), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum lemah kesadaran CM, terdapat luka operasi daerah abdomen arah vertikal tertutup verban dalam keadaan bersih.. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 14 nopember 2017 diperoleh Hb : 10.5 gr %, leukosit : 17,600/uL, Ht : 31 %, trombocyt ; 214.000mm³ Therapy yang sudah diberikan adalah Cefotaim 3 x 1 gr, metronidasol 2 x 500 mg, tramadol 3 x 1 ampu/ drip, ranitidine 2 x 1 amp, infuse dextrose 5 % ,oxytosin 3 x 1 amp.

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. Y berdasarkan NANDA adalah 1) Nyeri akut (Domain 12 kelas 1 kode 00132), 2)

Hambatan mobilitas fisik (Domain 4 kelas 2 kode 00085), 3) Risiko infeksi (Domain 11 kelas 1 kode 00004),

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. Y setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu klien mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialami, melakukan mobilisasi bertahap, klien akan bebas dari infeksi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain memantau nyeri, manajemen nyeri dengan teknik relaksasi otot-otot progresif, membantu klien menggunakan teknik manajemen nyeri saat nyeri muncul, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan mobilisasi, mengobservasi adanya tanda – tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nosokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan,

Hasil evaluasi pada hari pertama post operasi, skala nyeri masih 5, klien hanya mampu melakukan mobilisasi setengah duduk tidak bisa duduk penuh karena merasakan nyeri daerah luka operasi, keadaan luka operasi klien tidak terdapat tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi terkontrol dengan skala nyeri 4, klien terlihat tenang dan rileks, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, luka operasi klien bersih tidak ada tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli kandungan satu minggu setelah dirumah.

3. Kasus 3

Ny R .umur 23 tahun dengan diagnose post Sectio Cesaria atas indikasi oligohidramnion Hari ke 0, Keluhan utama nyeri. mengeluh nyeri pada luka operasi diperut, bekas sayatan terasa perih, ekspresi wajah meringis, nyeri hilang timbul, lebih terasa sakit bila di bawa gerak, skala nyeri 6,

Riwayat penyakit sekarang : Ny.R umur 23 tahun, masuk rumah sakit TGL 14-11-2017 Jam 12.00 WITA dengan diagnose medis G1P0A0, 42-43 minggu dan oligahidramion. Pro SC., Operasi : tgl 15-11-2017 Jam 08.00

WITA Pengkajian tgl:16-11-2017 jam 14.00 WITA HPHT :24-01-2017,TP:31-10-2017. Riwayat persalinan,BB bayi:2800 gram,panjang bayi 49 cm,lingkar kepala 33 cm,lingkar dada 32 cm, tampak oedema kedua tungkai

Riwayat persalinan;klien mengatakan ini persalian pertama yang dialaminya dan selalu memeriksakan kehamilannya dengan dokter SpOG. Riwayat kehamilan ini pasien HPHT tanggal 19-02 2017 dan TP tanggal 26 november 2017, pasien mengatakan haid pertama pada usia 14 tahun, lama haid 3-4 hari dan banyaknya haid sehari 4-6 kali ganti pembalut. Pasien melakukan pemeriksaan dengan dengan dokter SPOG dari poli kandungan untuk segera dioperasi, kemudian dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi tanggal 14 November 2017. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan tidak mempunyai penyakit darah tinggi.

Hasil pemeriksaan vital sign tekanan darah 120/80 mmhg, nadi;78x/menit, RR;18x/menit, suhu;36.5.^oC kekuatan otot atas 5//5, turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (+), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum lemah kesadaran CM, terdapat luka operasi daerah abdomen arah vertikal tertutup verban dalam keadaan bersih.. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 14 nopember 2017 diperoleh Hb : 9.6 gr %, lekosit : 26.000, Ht : 27 %, trombocyt ; 342.000mm³ Therapy yang sudah diberikan adalah Cefotaim 3 x 1 gr, metronidasol 2 x 500 mg, tramadol 3 x 1 ampu/ drip, ranitidine 2 x 1 amp, RL dip oxytocin 2 ampul

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. R berdasarkan NANDA adalah 1) Nyeri akut (Domain 12 kelas 1 kode 00132), 2) Hambatan mobilitas fisik (Domain 4 kelas 2 kode 00085), 3) Defisit perawatan diri: mandi (Domain 4 kelas 5 kode 00108), 4)Risiko infeksi (Domain 11 kelas 1 kode 00004),

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. R setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu klien mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialami, melakukan mobilisasi bertahap, melakukan perawatan diri secara mandiri, klien akan bebas dari infeksi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain memantau nyeri, manajemen nyeri dengan teknik relaksasi otot-otot

progresif, membantu klien menggunakan teknik manajemen nyeri saat nyeri muncul, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan mobilisasi memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, mendorong kemampuan klien, membantu ketika klien tak mampu melakukan, memberikan bantuan sampai dengan klien mampu melakukan perawatan diri mandiri, mengobservasi adanya tanda – tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan,

Hasil evaluasi pada hari pertama post operasi, skala nyeri masih 5, klien hanya mampu melakukan mobilisasi setengah duduk tidak bisa duduk penuh karena merasakan nyeri daerah luka operasi, kebutuhan perawatan diri klien masih dibantu oleh keluarga dan perawat, keadaan luka operasi klien tidak terdapat tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi terkontrol dengan skala nyeri 4, klien terlihat tenang dan rileks, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, klien sudah dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya sendiri tanpa bantuan orang lain atau perawat luka operasi klien bersih tidak ada tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli kandungan satu minggu setelah dirumah.

4. Kasus 4

Ny. M.S umur 36 tahun dengan diagnose post Sectio Cesaria atas indikasi bekas SC (G3P2A0). Hari ke I, Keluhan utama nyeri. mengeluh nyeri pada luka operasi diperut, bekas sayatan terasa perih, ekspresi wajah meringis, nyeri hilang timbul, lebih terasa sakit bila di bawa gerak, skala nyeri 6,

Riwayat penyakit sekarang : Klien masuk ke rumah sakit pada tanggal 15 -11-2017 dengan keluhan nyeri perut hilang timbul dan kadang-kadang perut terasa kencang, punggung dan belakang terasa nyeri

Dengan Riwayat persalinan; persalinan pertama lahir prematur pasenta previa, hidup, satu minggu kemudian meninggal, hamil anak kedua lahir hidup, dengan cara persalinaan *sectio caesaria* dirumah sakit umum, umur

2 tahun, klien selalu memeriksakan kehamilannya dengan dokter SpOG. Riwayat kehamilan ini pasien HPHT tanggal 19-02 2017 dan TP tanggal 26 november 2017, pasien mengatakan haid pertama pada usia 14 tahun, lama haid 3-4 hari dan banyaknya haid sehari 4-6 kali ganti pembalut. Pasien melakukan pemeriksaan dengan dokter SPOG dari poli kandungan untuk segera dioperasi, kemudian dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi tanggal 14 November 2017. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan tidak mempunyai penyakit darah tinggi.

Hasil pemeriksaan vital sign tekanan darah 120/80 mmhg, nadi;78x/menit, RR;18x/menit, suhu;36.5.⁰C kekuatan otot atas 5//5, turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (+), perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum lemah kesadaran CM, terdapat luka operasi daerah abdomen arah vertikal tertutup verban dalam keadaan bersih. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 14 nopember 2017 diperoleh Hb : 11.3 gr %, leukosit : 8900/uL, Ht : 34.1 %, trombocyt :328.00 mm³ Therapy yang sudah diberikan adalah Ceftriaxon 3 x 1 gr, metronidasol 2 x 500 mg, antrain 3 x 1 ampu, RL dip oxytocin 2 ampul

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. MS berdasarkan NANDA adalah 1) Nyeri akut (Domain 12 kelas 1 kode 00132), 2) Hambatan mobilitas fisik (Domain 4 kelas 2 kode 00085), 3) Risiko infeksi (Domain 11 kelas 1 kode 00004),

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. MS setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan SAMARINDA yaitu klien mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialami, melakukan mobilisasi bertahap, klien akan bebas dari infeksi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain memantau nyeri, manajemen nyeri dengan teknik relaksasi otot-otot progresif, membantu klien menggunakan teknik manajemen nyeri saat nyeri muncul, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan mobilisasi, mengobservasi adanya tanda – tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan,

Hasil evaluasi pada hari pertama post operasi, skala nyeri masih 5, klien hanya mampu melakukan mobilisasi setengah duduk tidak bisa duduk penuh karena merasakan nyeri daerah luka operasi, keadaan luka operasi klien tidak terdapat tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi terkontrol dengan skala nyeri 4, klien terlihat tenang dan rileks, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, luka operasi klien bersih tidak ada tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli kandungan satu minggu setelah dirumah.

5. Kasus 5

Ny. E umur 27 dengan diagnose post Sectio Cesaria atas indikasi bekas SC dan oligiohidramnion (G2P1A0). Hari ke I, Keluhan utama nyeri. mengeluh nyeri pada luka operasi diperut, bekas sayatan terasa perih, ekspresi wajah meringis, nyeri hilang timbul, lebih terasa sakit bila di bawa gerak, skala nyeri 6,

Riwayat penyakit sekarang : Klien masuk ke rumah sakit pada tanggal 16 -11-2017 jam 10 :00 WITA dengan keluhan nyeri perut hilang timbul dan kadang-kadang perut terasa kencang, penggung dan belakang terasa nyeri

Dengan Riwayat persalinan, persalinan pertama lahir prematur pasenta previa, hidup, satu minggu kemudian meninggal, hamil anak kedua lahir hidup ,dengan cara persalinaan *sectio caesaria* dirumah sakit umum ,umur 2 tahun,klien selalu mememeeriksakan kehamilannya dengan dokter SpOG. Riwayat kehamilan ini pasien HPHT tanggal 19-02 2017 dan TP tanggal 26 november 2017, pasien mengatakan haid pertama pada usia 14 tahun, lama haid 3-4 hari dan banyaknya haid sehari 4-6 kali ganti pembalt. Pasien melakukan pemeriksaan dengan dengan dokter SPOG dari poli kandungan untuk segera dioperasi, kemudian dilakukan beberapa pemeriksaan untuk persiapan operasi tanggal 15 November 2017. Riwayat kesehatan dahulu klien mengatakan tidak mempunyai penyakit darah tinggi.

Hasil pemeriksaan vital sign tekanan darah 120/80 mmhg, nadi;78x/menit, RR;18x/menit, suhu;36.5.⁰C kekuatan otot atas 5//5, turgor kulit elastis, CRT < 2 detik, kekuatan otot bawah 5//5, edema (+),

perdarahan pervaginam tidak ada. Keadaan umum lemah kesadaran CM, terdapat luka operasi daerah abdomen arah vertikal tertutup verban dalam keadaan bersih. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 14 nopember 2017 diperoleh Hb : 10.7 gr %, lekosit : 17,500/uL, Ht : 31 %, Therapy yang sudah diberikan adalah Cefotaim 3 x 1 gr, metronidasol 2 x 500 mg, tramadol 3 x 1 ampu/ drip, ranitidine 2 x 1 amp, RL dip oxytocin 2 ampul

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada Ny. E berdasarkan NANDA adalah 1) Nyeri akut (Domain 12 kelas 1 kode 00132), 2) Hambatan mobilitas fisik (Domain 4 kelas 2 kode 00085), 3) Risiko infeksi (Domain 11 kelas 1 kode 00004),

Tujuan yang ditetapkan pada Ny. E setelah dilakukan asuhan keperawatan berdasarkan NOC yaitu klien mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialami, melakukan mobilisasi bertahap, klien akan bebas dari infeksi.

Intervensi keperawatan berdasarkan NIC yang telah dilakukan antara lain memantau nyeri, manajemen nyeri dengan teknik relaksasi otot-otot progresif, membantu klien menggunakan teknik manajemen nyeri saat nyeri muncul, mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas, membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan, membantu klien membuat jadwal latihan mobilisasi, mengobservasi adanya tanda – tanda infeksi, mencatat dan melaporkan nilai laboratorium, menggunakan strategi untuk mencegah infeksi nasokomial, mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan perawatan,

Hasil evaluasi pada hari pertama post operasi, skala nyeri masih 5, klien hanya mampu melakukan mobilisasi setengah duduk tidak bisa duduk penuh karena merasakan nyeri daerah luka operasi, keadaan luka operasi klien tidak terdapat tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi, nyeri post operasi terkontrol dengan skala nyeri 3, klien terlihat tenang dan rileks, klien sudah dapat melakukan mobilisasi dengan berjalan di sekitar lingkungan kamar perawatan, luka operasi klien bersih tidak ada tanda – tanda infeksi. Pada hari kedua post operasi klien dinyatakan boleh pulang dan kunjung ulang kembali ke poli kandungan satu minggu setelah dirumah.

B. Aplikasi Model Keperawatan Adaptasi Calista Roy Pada Kasus Terpilih

Aplikasi model adaptasi Roy akan diterapkan pada salah satu kasus kelolaan yang terpilih, yaitu kasus pasien NY MS umur 36 tahun Masuk rumah sakit tgl 15-11-2017 dengan diagnose medis ,G3P2A0 aterem dan bekas SC. Masuk pro SC. .Proses asuhan keperawatan akan dimulai dari tahap pengkajian yang meliputi pengkajian berdasarkan 4 prinsip mode adaptasi (fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi),penegakkan diagnosis keperawatan, menyusun *setting goal* (penentuan tujuan) keperawatan), intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi

1. Pengkajian perilaku dan stimulus

a. Mode Adaptasi Fisiologis

1) Oksigenasi

a) Pengkajian perilaku

Pasien tidak mengeluh sesak napas respirasi 16 x/menit, tidak sesak, gerakan dada simetris, bunyi napas vesikuler, tidak ada ronchi maupun wheezing, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, tidak sianosis, konjungtiva merah muda capillary refill < 2detik, bunyi jantung I/II reguler, tidak ada . Hasil pemeriksaan laboratorium Hb : 11.3 gr %, lekosit : 8.900 /ul, Ht : 34.1 %, trombosit ; 382 .000 mm³

b) Pengkajian Stimulus : tidak ada masalah adaptasi.

2) Nutrisi

a) Pengkajian perilaku

Pasien masih puasa , konjungtiva anemis, sklera tidak kterik, bising usus ada 12 kali permenit perut kembung , BB 60 kg, TB 156 cm (Kesan status gizi baik). tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab

b) Pengkajian Stimulus : tidak ada masalah adaptasi.

3) Eliminasi

a) Pengkajian perilaku

Buang air besar dan buang air kecil normal, buang air kecil pasien dipasang cateter, warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, balance cairan dalam 4 jam +354 cc, dan diuresis

0,9cc/KgBB/jam., buang air besar 1 x warna kuning, konsistensi lembek

b) Pengkajian stimulus : tidak ada masalah adaptasi

4) Aktivitas dan Istirahat

a) Pengkajian perilaku

Kesadaran composmentis, terpasang infus di vena perifer, pasien bedrest total, nyeri perut bertambah bila bergerak, keluarga pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri

b) Pengkajian stimulus: adanya ancaman terhadap status kesehatan karena pembedahan.

5) Proteksi

a) Pengkajian perilaku

Suhu 36 oC, terpasang infus di vena perifer, rambut dan kuku bersih, lekosit lekosit : 8900/ul.

b) Pengkajian stimulus : tidak ada masalah adaptasi.

6) Sensasi

a) Pengkajian perilaku

Penglihatan pasien dalam keadaan normal, fungsi pendengaran dan sentuhan pasien tidak mengalami kelainan, fungsi penghidu mengalami penurunan karena adanya masa pada saluran napas atas. Pasien mengalami nyeri luka operasi skala 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, wajah meringis kesakitan, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit

b) Pengkajian stimulus kurang efektif pemberian therapy analgetik.

7) Cairan dan Elektrolit

a) Pengkajian perilaku

Pasien masih puasa,, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, respirasi 16 x/menit, suhu 36 oC, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, akral hangat, capillary refill < 2detik, suara paru vesikuler, buang air kecil 200cc/4 jam, infuse 500 cc/6 jam, diuresis 0,9cc/KgBB/jam.

b) Pengkajian stimulus : tidak ada masalah adaptasi.

8) Fungsi Neurologi

a) Pengkajian perilaku

Kesadaran composmentis, GCS:E₄V₅M₆, pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang. tidak ada gangguan fungsi memori, sensorik, motorik, pasien dapat berkomunikasi secara lisan

b) Pengkajian stimulus : masalah adaptif tidak ada

9) Fungsi Endokrin

a) Pengkajian perilaku

Menurut pasien dan keluarga tidak ada yang menderita penyakit kencing manis dan gondok

b) Pengkajian stimulus : semua perilaku adaptif.

b. Mode adaptasi konsep diri

1) Pengkajian perilaku

a) Pasien mengatakan luka operasi sangat nyeri dan bertanya kapan hilang dan apakah setelah operasi dapat melakukan tugasnya kembali

b) Pasien mengatakan ingin cepat sembuh supaya dapat rawat gabung dengan bayinya.

2) Pengkajian stimulus : adanya ancaman terhadap status kesehatan karena pembedahan.

c. Mode adaptasi fungsi peran

1) Pengkajian perilaku

Pasien mengatakan saat ini peran sebagai ibu rumah tangga dibantu oleh keluarga dan keinginan cepat bisa merawat bayinya

2) Pengkajian stimulus : adanya ancaman terhadap status kesehatan karena pembedahan

d. Mode adaptasi interdependensi

- 1) Pengkajian perilaku : saat di rumah sakit pasien selalu ditemani oleh suami dan ibu kandungnya, semua kebutuhannya terpenuhi.: pasien merasa senang dijenguk oleh keluarga yang lain dan juga teman-temannya., pasien berobat memakai jaminan BPJS
- 2) Pengkajian stimulus ; semua perilaku adaptif.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan analisis hasil pengkajian perilaku dan stimulus pada keempat mode adaptasi yang didalamnya terdapat mode adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Berdasarkan kasus pada Ny. Y maka diagnosis yang ditegakkan adalah sebagai berikut

a. Mode Adaptasi Fisiologis

Masalah Keperawatan pada mode adaptasi fisiologis adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik prosedur pembedahan
- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan
- 3) Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan nyeri pembedahan, kelemahan
- 4) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive

b. Mode adaptasi Konsep diri : koping individu tidak efektif berhubungan dengan ancaman kesehatan saat ini

c. Mode Adaptasi Fungsi Peran : adaptif

d. Mode Adaptasi Interdependensi : adaptif

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada klien Ny. MS berdasarkan konsep teori *adaptasi Roy*. Berikut ini akan dijelaskan rencana keperawatan pada Klien Ny. MS Dengan menggunakan NANDA NIC NOC.

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik prosedur pembedahan.

1) Tujuan Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 – 8 jam, rasa nyeri berkurang/terkontrol, (NOC: tingkat kenyamanan, kontrol nyeri, tingkat nyeri)

2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pertama adalah intervensi yang dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, adalah Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien, manajemen nyeri dengan teknik relaksasi otot-otot progresif berikan analgetik sesuai kolaborasi dengan tim medis tentukan obat yang dibutuhkan pasien dan cara mengelola sesuai dengan anjuran/ dosis monitor efek teraupetik dari pengobatan. monitor tanda dan gejala serta efek samping dari obat.monitor interaksi obat., ajarkan pada pasien keluarga cara mengatasi efek samping pengobatan., periksa riwayat alergi pasien., monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik., kelola jadwal pemberian analgetik yang sesuai., evaluasi efektifitas dosis analgetik, observasi tanda dan gejala efek samping, misal depresi pernafasan, mual & muntah, mulut kering, & konstipasi., berikan obat dengan prinsip 5 benar

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan

1) Tujuan Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam, hambatan mobilitas fisik tidak terjadi dengan indikator (skala 1 – 5) Menggunakan NOC : Ambulasi (Kode 0200).

2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan kedua adalah intervensi yang dilakukan agar klien tidak mengalami hambatan mobilitas fisik, adalah monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan, konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan, bantu klien untuk menggunakan

tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera, ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan adls secara mandiri sesuai kemampuan, dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan adls ps, berikan alat bantu jika klien memerlukan, ajarkan pasien bagaimana merubah posisi.

c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

1) Tujuan Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam, risiko infeksi tidak menjadi aktual dengan indikator (skala 1 – 5)
Menggunakan NOC : Kontrol Resiko : Proses Infeksi (1924).

2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan keempat adalah intervensi yang dilakukan untuk mencegah terjadi infeksi selama perawatan adalah Pertahankan tehnik aseptik, Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, Ganti letak iv cateter dan perawatan luka sesuai indikasi, Kolaborasi dengan pemberian antibiotik, Beri penjelasan kepada klien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang klien, Informasikan hal – hal yang perlu dilakukan klien dan keluarga untuk mencegah infeksi, Ajarkan klien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan.

d. Koping individu tidak efektif berhubungan dengan ancaman kesehatan saat ini

1) Tujuan Keperawatan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam
Menggunakan NOC : *Coping Enhancement, Decision Making Support.*

2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan untuk meningkatkan coping yang efektif adalah menginformasikan pasien alternatif atau solusi lain penanganan, memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan, bantu pasien mengidentifikasi, keuntungan, kerugian dari keadaan, bantu pasien identifikasi strategi positif untuk mengatur pola nilai yang dimiliki, anjurkan pasien untuk mengidentifikasi gambaran perubahan peran yang realistis, Gunakan pendekatan tenang dan menenangkan, Hindari pengambilan keputusan pada saat pasien berada dalam stress berat, Berikan informasi aktual yang terkait dengan diagnosis, terapi dan prognosis.

4. Implementasi keperawatan

Asuhan keperawatan pada klien Ny. MS diberikan selama 2 hari (16 – 17 November 2017), diberikan implementasi keperawatan sesuai dengan diagnosis, antara lain :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik prosedur pembedahan

Implementasi yang bersifat regulator : Memantau nyeri : mengkaji penyebab nyeri, memantau skala nyeri (ringan, sedang, berat), mengkaji kualitas dan karakteristik nyeri, mengkaji saat timbulnya nyeri, memantau vital sign, menobservasi reaksi nyeri secara non verbal. Manajemen nyeri : memberikan posisi yang nyaman, melatih teknik otot-otot progresif kolaborasi pemberian analgetik (Injeksi antrain 3 X 1 ampul).

Implementasi yang bersifat kognator : manajemen nyeri : mengeksplorasi pengetahuan klien dan keluarga terhadap nyeri, mengajarkan klien dan keluarga menggunakan teknik nonfarmakologi (teknik relaksasi otot-otot progresif).

- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan

Implementasi yang bersifat regulator : mengobservasi adanya pembatasan klien dalam beraktivitas klien masih belum bisa melakukan mobilisasi dikarenakan nyeri daerah abdomen, membantu klien

membuat jadwal latihan mobilisasi sesuai dengan kemampuan klien, klien akan mobilisasi setelah nyeri dirasakan berkurang.

Implementasi yang bersifat kognator : membantu klien mengidentifikasi dan memilih aktivitas yang mampu dilakukan secara bertahap, klien akan melakukan mobilisasi bertahap dari miring kiri kanan kemudian duduk dan berjalan.

3) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Implementasi yang bersifat regulator : Mempertahankan teknik aseptik, cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, memberikan injeksi Ceftriaxone 3 X 1 gram.

Implementasi yang bersifat kognator : Mengajarkan klien dan keluarga cara mencuci tangan secara benar 6 langkah untuk mencegah infeksi, mengajarkan klien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan segera melaporkannya kepada penyedia layanan kesehatan.

4) Koping individu tidak efektif

Implementasi yang dilakuakn pada pasien selama 2 x 24 jam adalah Menginformasikan pasien alternatif atau solusi lain penanganan. Memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan Bantu pasien untuk identifikasi bermacam-macam nilai kehidupan, Bantu pasien identifikasi strategi positif untuk mengatur pola nilai yang dimiliki, Anjurkan pasien untuk mengidentifikasi gambaran perubahan peran yang realistis, Berikan informasi actual yang terkait dengan diagnosis, terapi dan prognosis, Gunakan pendekatan tenang dan menenangkan

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah 2 hari dilakukan tindakan keperawatan dan sampai klien diperbolehkan pulang. Evaluasi ini diuraikan berdasarkan diagnosa berikut ini:

1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik prosedur pembedahan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 hari klien mampu beradaptasi secara kompensasi terhadap nyeri ditunjukkan dengan pengurangan nyeri, nyeri dikaji dengan skala Numeric rating scala

(NRS) didapatkan skala nyeri 2, wajah klien terlihat tenang dan rileks dan nyaman.

Analisa Intervensi : tindakan keperawatan manajemen nyeri dilanjutkan, menganjurkan agar klien menggunakan teknik relaksasi otot-otot progresif bila terasa nyeri.

2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari klien mampu melakukan aktivitas yang ditunjukkan klien dapat mobilisasi di sekitar kamar perawatan klien dan klien dapat ke kamar mandi tanpa bantuan perawat dan keluarga.

Analisa Intervensi : Klien mandiri dalam melakukan aktifitas.

3) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari risiko infeksi tidak terjadi dengan ditunjukkan luka bersih, daerah pemasangan infus tidak flebitis, dan tidak ada tanda – tanda infeksi color, rubor, tumor, dolor dan fungsilaesa

Analisa Intervensi : Masalah risiko infeksi tidak terjadi, lanjutkan tindakan keperawatan

4) Koping individu tidak efektif berhubungan dengan ancaman kesehatan saat ini

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari koping menjadi efektif ditunjukkan dengan saat pasien mengalami nyeri berdoa dan memegang tangan suami, pasien pasien menjalani program pengobatan dengan tenang dan baik

Analisa intervensi: koping individu menjadi efektif, lanjutkan intervensi dengan tetap memberikan motivasi pada pasien dan keluarga.

BAB IV PEMBAHASAN

Asuhan keperawatan yang dilakukan pada 5 kasus kelolaan dalam karya ilmiah ini menggunakan pendekatan teori keperawatan yang dikembangkan oleh Calista Roy yaitu teori Adaptasi dalam asuhan keperawatan pada klien dengan masalah nyeri. Asuhan keperawatan tersebut dimulai dari tahap pengkajian perilaku dan pengkajian stimulus, penentuan diagnosis keperawatan, penetapan tujuan (*goal setting*), intervensi, dan evaluasi.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada 5 klien kelolaan, seluruhnya memiliki permasalahan yang sama harus di rawat di ruang mawar ruang obstetri dan gynecologi RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. masalah tersebut adalah yang mengalami masalah nyeri, sehingga membutuhkan perawatan dan penanganan nyeri. Penanganan yang diberikan berupa cara farmakologis yaitu memberikan obat anti nyeri (analgetik), maupun secara non farmakologis yaitu teknik relaksasi otot-otot progresif.

Masing – masing klien kelolaan dalam karya ilmiah akhir ini memiliki kasus yang sama yaitu klien – klien *post operasi section caesaria* . Pada kelima kasus tersebut, nyeri merupakan gejala utama. Nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan aktual atau potensial (Monga & Grabois, 2002; Tomlinson & Kline, 2005; IASP, 2009). Nyeri yang tidak teratasi menyebabkan penderitaan karena nyeri membatasi aktivitas, mempengaruhi selera makan, dan tidur. Nyeri yang terus menerus berpengaruh terhadap psikologis klien, diantaranya akan menghilangkan semangat dan harapan hidup klien (Monga & Graboris, 2002).

Dari uraian tersebut, dibutuhkan teori adaptasi Roy sebagai bentuk rangkaian proses keperawatan yang komprehensif dari ketidaknyamanan yang disebabkan oleh masalah nyeri. Asuhan keperawatan tersebut dimulai dari tahap pengkajian, perencanaan implementasi dan evaluasi keperawatan melalui penilaian tingkat kenyamanan dengan menggunakan instrumen.

A. Pengkajian

Pengkajian dalam pemberian asuhan keperawatan pada 5 pasien kelolaan dalam karya ilmiah ini akan dijelaskan berdasarkan 4 mode adaptasi yang dikembangkan oleh Sister Calista Roy, yaitu mode adaptasi

fisiologis mode adaptasi konsep diri, mode adaptasi fungsi peran, dan mode adaptasi interdependensi.

Pada pengkajian mode adaptasi fisiologis, pada status oksigenasi didapatkan data bahwa ke 5 kasus pasien tidak ada yang mengalami masalah pada status oksigenasi. Pada pengkajian status nutrisi pada kasus kelolaan umumnya berada pada status nutrisi baik, Pada pengkajian pemenuhan kebutuhan eliminasi pada kelima pasien tidak mengalami masalah, semua kasus dalam batas normal, Pada pengkajian aktivitas dan istirahat didapatkan pasien tidak dapat beraktivitas dengan baik dan masih dibantu oleh keluarganya.. Pada pengkajian pemenuhan kebutuhan perlindungan diri (proteksi) pada pada ke 5 kasus ini tidak ditemukan data yang abnormal, tetapi meskipun demikian dengan kondisi nyeri yang dialami dan tindakan yang diberikan, hal ini dapat mempengaruhi proteksi pasien seperti adanya resiko infeksi pada luka, post operasi. Pada pengkajian cairan dan elektrolit, kasus pertama, Ny A dan ketiga Ny R pada hari pertama karena masih puasa , sehingga hal ini mempengaruhi status hidrasi dari pasien, namun tidak terjadi deficit volume cairan karena terpenuhi dengan pemberian infuse dan balance cairan terpenuhi. Cairan intravascular merupakan komponen cairan tubuh, apabila terjadi kehilangan cairan tersebut melalui adanya perdarahan, hal ini akan mempengaruhi volume cairan tubuh (Sherwood, 2001). Pada pengkajian sensasi, semua pasien mengalami nyeri. Pengkajian nyeri pada sebagian besar pasien dilakukan dengan menggunakan skala numerik, rata-rata nyeri yang didapatkan adalah skala 6. Pada pengkajian sistem neurologi dan pada pengkajian fungsi endokrin pada kelima kasus tidak ditemukan data yang abnormal.

Pengkajian pada mode adaptasi konsep diri meliputi *physical Self* didalamnya *Body Sensation* dan *Body Image*, dan *Personal Self* didalamnya terdapat *Self Consistency*, *Self Ideal* dan *moral-ethic-spiritual* (Tomey & Alligood, 2010). Dari pengkajian mode konsep diri tersebut, masalah utama masalah koping individu yang tidak efektif karena adanya baru pertama merawat bayi seperti pada ny. Y dan juga pada Ny MS karena adanya ancaman kesehatan, adanya perubahan peran, ketidak berdayaan karena nyeri dan tidak dapat merawat bayinya maupun menolong dirinya sendiri.

Pada pengkajian fungsi peran, pada umumnya pasien tidak mampu melakukan perannya sebagai ibu rumah tangga namun mereka terbantu

oleh suami dan keluarga terdekat seperti ibu kandung mereka. Pada pengkajian mode adaptasi interdependensi, semua pasien menjalani perawatan didampingi oleh suami atau keluarganya dalam waktu 24 jam, selain itu orang tua atau keluarganya membantu memenuhi semua kebutuhan sehari-hari pasien.

B. Diagnosa Keperawatan

Merumuskan diagnosa keperawatan dilakukan dengan mengidentifikasi masalah berdasarkan adaptasi Calista Roy. Belum adanya pengelompokan intervensi, maka penulis melakukan secara mandiri dengan melihat batasan karakteristik masalah keperawatan berdasarkan buku diagnosa keperawatan NANDA 2015 – 2017. Penulis melakukan analisa terhadap Hasil pengkajian perilaku dan stimulus pada mode adaptasi fisiologis, didapatkan masalah keperawatan yang muncul pada semua kasus adalah nyeri akut, hambatan mobilitas fisik, defisit perawatan diri dan risiko infeksi.

Masalah nyeri yang dialami oleh kelima kasus kelolaan adalah termasuk nyeri akut, dikarenakan nyeri yang dialami oleh kelima kasus dirasakan kurang dari 6 bulan dan nyeri yang ditimbulkan karena proses dari tindakan pembedahan. Nyeri akibat pembedahan adalah trauma pada jaringan yang akan menyebabkan pelepasan mediator – mediator inflamasi yang akan menimbulkan nyeri yang paten (Charlton, 2008).

Selain nyeri, masalah keperawatan yang ditemukan pada kelima klien kelolaan adalah hambatan mobilitas fisik yang dikarenakan oleh nyeri akibat proses pembedahan, klien juga mengalami defisit perawatan diri karena tidak bisa memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri karena kelemahan, nyeri dan proses pembedahan. Pada kelima kasus kelolaan juga terjadi masalah risiko infeksi, masalah ini merupakan masalah yang perlu diperhatikan pada klien. Infeksi bisa menjadi aktual bila perawatan tidak mempertimbangkan teknik septik dan antiseptik. Klien dengan imunitas rendah rentan terhadap risiko penyebaran penyakit infeksi berhubungan dengan risiko kontak dengan agen penyebab infeksi pada lingkungan. Infeksi biasanya diawali dari virus, kemudian terjadi infeksi tambahan bakteri, dan kejadian infeksi yang disebabkan bakteri yang sering menyebabkan kematian (Kartasasmita, 2010). Perawatan yang bisa dilakukan agar klien terhindar dari infeksi adalah dengan memonitor tanda -

tanda infeksi, meningkatkan kebersihan diri, melakukan perawatan dengan menjaga teknik septik dan aseptik dalam berbagai tindakan, mengajarkan keluarga mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan klien, meningkatkan nutrisi yang tinggi kalori dan protein. Pada pengkajian mode adaptasi didapatkan koping individu tidak efektif berhubungan dengan ancaman kesehatan saat ini. Oleh karena adanya luka operasi, nyeri luka operasi dan perasaan tidak berdaya oleh karena tidak dapat menolong dirinya sendiri dan merawat bayimnya.

Secara keseluruhan pada kelima pasien kelolaan, terjadi gangguan pada adaptasi fisiologis Hal ini dikarenakan adanya perubahan dan rasa nyeri yang dialami oleh pasien. Dapat beradaptasi namun pada any MS tidak mampu menggunakan koping dengan baik Sehingga menyebabkan penggunaan koping yang tidak efektif

C. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan berfokus pada peningkatan rasa nyaman klien. Respon selama interaksi akan mempengaruhi intervensi keperawatan yang akan dilakukan apada klien berdasarkan tujuan asuhan keperawatan yang akan diberikan pada klien.

Menurut WHO (1998), Monga dan Grabois (2002), Hockenberry dan Wilson (2009) penatalaksanaan nyeri selain pemberian analgetik, juga penilaian skala nyeri merupakan hal yang harus dilakukan, karena hal ini terkait akan terapi yang diberikan. Secara farmakologis manajemen nyeri menurut WHO (1998) mengikuti 3 langkah (*Three Step Analgesic Ladder*) yaitu tahap pertama menggunakan analgetik nonopiat seperti non *steroid anti inflamantory drug* (NSAID) atau cyclooxygenase -2 spesifik inhibitor, contoh asiteminofen dan aspirin. Tahap kedua dilakukan jika dengan penanganan tahap pertama, tetapi masih mengeluh nyeri, diberikan obat – obatan tahap pertama ditambah analgetik jenis opiat intermiten, contohnya codein, oxycodone, hydrocodone, dan tramadol. Tahap ketiga dilakukan dengan memberikan obat pada tahap kedua ditambah opiat yang lebih kuat contoh morfin, oxycodone, methadone dan fentanyl (WHO, 2008).

Intervensi keperawatan utama yang telah dilakukan untuk mengatasi nyeri dengan menilai skala nyeri, memantau tanda – tanda vital, melakukan manajemen nyeri secara farmakologi dan non farmakologi. Pada kelima

klien mendapatkan manajemen nyeri secara farmakologi yang sama yaitu antrain injeksi 3 X 1 ampul dan terapi non farmakologi yaitu teknik relaksasi otot-otot progresif, sedangkan menggunakan koping yang efektif dengan cara anjurkan pasien untuk mengidentifikasi gambaran perubahan peran yang realistis, menginformasikan pasien alternatif atau solusi lain penanganan, memfasilitasi pasien untuk membuat keputusan, berikan informasi aktual yang terkait dengan diagnosis, terapi dan prognosis, hindari pengambilan keputusan pada saat pasien berada dalam stress berat, dan gunakan pendekatan tenang dan menyakinkan.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahapan perawat memberikan perawatan langsung sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun berdasarkan masalah dan tujuan keperawatan (Alligood & Tomey, 2006). Implementasi keperawatan dalam mengatasi masalah utama nyeri dengan penanganan nyeri farmakologi dan nonfarmakologi. Penanganan nyeri dengan non farmakologi yang dilakukan pada ke lima kelolaan pasien di ruang Mawar yaitu penggunaan teknik relaksasi. otot-otot progresif

Pelatihan relaksasi otot-otot progresif bertujuan untuk melatih klien agar dapat mengkondisikan diri untuk mencapai kondisi relaks. Pada waktu individu mengalami ketegangan dan nyeri yang bekerja adalah saraf simpatis sedangkan pada waktu relaksasi yang bekerja adalah saraf parasimpatis dengan demikian relaksasi dapat menekan rasa tegang dan rasa nyeri dengan cara respiratorik, sehingga timbul *counter conditioning* dan penghilangan nyeri. Tehnik relaksasi progresif adalah adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut dengan tujuan untuk Menurunkan ketegangan otot, kecemasan nyeri (Synder & Lindquist, 2002).

Pemberian teknik relaksasi otot-otot progresif dilakukan pada hari ke 1 dan 2 *post operasi sectio caesaria* sedangkan pada hari ke 0 yaitu 2 jam *post operasi* disaat efek anestesi sudah hilang dimana sensasi klien sudah kembali normal dan dilakukan di berikan obat analgetik, pada saat hari ke 1 *post operasi sectio caesaria* pemberian relaksasi otot-otot progresif

berpengaruh pada penurunan skala nyeri kelima klien kelolaan dikarenakan semua klien berada pada skala nyeri : 6 (sedang).

Pelaksanaan relaksasi otot-otot progresif juga memperhatikan jam pemberian analgetik agar hasil evaluasi tidak menjadi rancu. Selanjutnya pelaksanaan relaksasi otot-otot progresif dilakukan secara rutin sehari 2 kali atau sesuai kebutuhan klien seperti disaat klien mengalami nyeri. Pelaksanaan relaksasi otot - otot progresif oleh klien didampingi oleh perawat, dan keluarga yang sebelumnya sudah dilatih perawat untuk mendampingi klien. Pemberian asuhan keperawatan dengan masalah nyeri pada Ibu *post sectio caesaria*.

Dalam penulisan karya ilmiah ini menggunakan pendekatan teori keperawatan model adaptasi Roy. Model Adaptasi Roy pertama kali dikembangkan oleh Sister Calista Roy pada tahun 1964-1966 dan baru diaplikasikan tahun 1968. Berdasarkan filosofinya, Roy menjelaskan bahwa manusia adalah makhluk biopsikososial sebagai satu kesatuan yang utuh. Dalam memenuhi kebutuhannya, manusia selalu dihadapkan berbagai persoalan yang kompleks, sehingga dituntut untuk melakukan adaptasi. Penggunaan coping atau mekanisme pertahanan diri adalah berespon melakukan peran dan fungsi secara optimal untuk memelihara integritas diri dari keadaan rentang sehat sakit dari keadaan lingkungan sekitarnya (Tomey & Alligood, 2010). Model adaptasi Roy ini berdasarkan asumsi yang ada bahwa ada empat faktor yang akan menjelaskan adaptasi antara lain adalah manusia, lingkungan, kesehatan, dan keperawatan. Menurut Roy manusia adalah holistik dan merupakan sistem adaptasi, sistem adaptasi, sistem manusia menggambarkan bahwa keseluruhan bagian atau fungsinya merupakan satu kesatuan untuk mencapai suatu tujuan (Tomey & Alligood, 2010).

E. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan yang dilakukan untuk kelima klien kasus kelolaan adalah dengan menilai respon yang muncul dari klien. setelah evaluasi didapatkan klien mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialami, skala nyeri berkurang, klien lebih rileks, klien mampu menggunakan teknik relaksasi otot-otot progresif , klien mampu melakukan mobilisasi secara mandiri dengan bisa berjalan di sekitar kamar

perawatan, klien mampu melakukan perawatan dirinya secara mandiri tanpa bantuan keluarga dan perawat, risiko infeksi tidak terjadi dengan ditunjukkan tanda – tanda infeksi tidak ada luka bersih dan kering dan klien dapat menunjukkan koping yang baik dan dapat memandang secara positif kondisi dirinya setelah operasi *post sectio caesaria* .

Asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada kelima kasus kelolaan, berdasarkan model teori adaptasi Calista Roy, secara umum dapat diaplikasikan pada klien kelolaan.

F. Penerapan Teknik Relaksasi Otot-Otot Progresif Pada Pasien *Post Sectio Ceesaria*

Dalam melakukan asuhan keperawatan pada ke lima (5) kasus kelolaan adalah ibu *post* operasi *sectio caesarea* yang mengalami nyeri pada hari ke 1 dan ke 2 di ruang mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang dilakukan sejak tanggal 14 November sampai dengan tanggal 18 November 2017.

Teknik relaksasi otot-otot progresif adalah terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot-otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut (Synder & Lindquist, 2002). Pada latihan relaksasi ini perhatian individu diarahkan untuk membedakan perasaan yang dialami saat kelompok otot dilemaskan dan dibandingkan ketika otot-otot dalam kondisi tegang. Dengan mengetahui lokasi dan merasakan otot yang tegang, maka kita dapat merasakan hilangnya ketegangan sebagai salah satu respon kecemasan dengan lebih jelas. Terapi ini didasarkan pada keyakinan bahwa tubuh berespon pada kecemasan yang merangsang pikiran dan kejadian dengan ketegangan otot, oleh karena itu dengan adanya relaksasi otot progresif yang bekerja melawan ketegangan fisiologis yang terjadi sehingga kecemasan bisa teratasi.

Penilaian skala nyeri dilakukan pada ibu *post sectio caesaria* dengan menggunakan skala Numeric. Pada hari ke 1 dan ke 2 sebelum dilakukan teknik relaksasi otot-otot progresif dan dilakukan evaluasi setelah 1 jam melakukan latihan teknik relaksasi otot-otot progresif. Adapun hasil penilaian dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.1
Penilaian nyeri pada hari I sebelum dilakukan teknik relaksasi otot-otot progresif dan setelah dilakukan teknik relaksasi otot-otot progresif

Nama Responden	Sebelum	Sesudah	Penurunan skala nyeri
Ny A	6	5	1
Ny Y	6	4	2
Ny. R	6	5	1
Ny MS	6	5	1
Ny. E	6	5	1

Tabel 4.2
Penilaian nyeri pada hari 2 sebelum dilakukan teknik relaksasi otot-otot progresif dan setelah dilakukan teknik relaksasi otot-otot progresif

Nama Responden	Sebelum	Sesudah	Penurunan skala nyeri
Ny A	5	4	1
Ny Y	4	3	1
Ny. R	5	4	1
Ny MS	5	4	1
Ny. E	5	3	2

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa terjadi penurunan skala nyeri oleh klien yang dilakukan latihan pada Hal ini menunjukkan ada pengaruh tehnik relaksasi tentang penurunan skala nyeri pada pasien *post* operasi *sectio caesarea* pada hari ke 1 dan ke 2 pada hari ke 1 pasien melakukan gerakan dari no 1- 6, dan pada hari ke 2 pasien sudah bisa melakukan gerakan dari no 1-14 dengan dibantu perawat dan keluarga

Nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial, atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (*International Association for Study of Pain (IASP)*). Menurut peneliti skala nyeri yang dirasakan pasien di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie dipengaruhi beberapa hal diantaranya adalah Usia dan pengalaman operasi *sectio caesarea*. Sebelumnya dapatkan hasil bahwa dari sebagian besar responden berusia 20-30 tahun dan 4 responden sudah pernah mengalami operasi *sectio caesarea*. Sehingga dapat disimpulkan bahwa skala nyeri yang berbeda yang dirasakan pasien disebabkan karena pengalaman melakukan operasi

sectio caesarea sebelumnya. Skala nyeri yang dirasakan pasien sesudah diberikan tindakan tehnik relaksasi progresif, mengalami penurunan skala nyeri yang awalnya 6 menjadi Nilai 3 – 4.

Tehnik relaksasi progresif adalah memusatkan perhatian pada suatu aktivitas otot dengan menurunkan ketegangan dengan melakukan tehnik relaksasi untuk mendapatkan perasaan relaks. Hal ini juga didasarkan pada teori *gate control*, menjelaskan bahwa nyeri yang terjadi pada seseorang akibat adanya rangsangan tertentu seperti tindakan operasi dapat diblok ketika adanya interaksi antara stimulus nyeri dan stimulus pada serabut yang mengirimkan sensasi tidak nyeri diblok pada sirkuit gerbang penghambat, pembalikan ini apat dilakukan melalui pengalihan perhatian ataupun dengan tindakan relaksasi.

Menurut peneliti penurunan skala nyeri pada responden dipengaruhi pengalaman melakukan operasi *sectio caesarea* dan kemampuan responden berbeda dalam melakukan tehnik relaksasi progresif yang diajarkan. Sehingga dengan tehnik relaksasi ini diharapkan pasien dengan dibantu oleh perawat dapat menggunakannya sebagai tindakan untuk menurunkan skala nyeri yang dialami, selain menggunakan obat.

Perbedaan penurunan skala nyeri pada masing-masing individu berbeda-beda. Hal tersebut dikarenakan banyak faktor mulai dari perbedaan usia, pengalaman operasi *sectio caesarea*, dan kemampuan responden berbeda dalam melakukan tehnik relaksasi yang diajarkan, sehingga berdampak pada skala nyeri yang dirasakan responden. Jadi perbedaan hasil atau pengaruh dari tehnik relaksasi yang dilakukan dalam penelitian ini menunjukkan bahwa adanya pengaruh relaksasi progresif terhadap penurunan nyeri pada pasien *post* operasi *sectio caesarea* pada hari ke 1 – dan ke 2 pada 5 kasus kelolan di ruang Mawar RSUD Abdul Wahab Sjahranie sehingga perlu bagi petugas kesehatan untuk meningkatkan kemampuan dalam menganalisa faktor-faktor yang mempengaruhi skala nyeri dan meningkatkan ketrampilan dalam menggunakan tehnik relaksasi progresif sebagai salah satu alternatif untuk menurunkan skala nyeri pada pasien selain menggunakan obat.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Pemberian asuhan keperawatan pada lima klien kelolaan dengan masalah keperawatan nyeri akut berdasarkan model keperawatan adaptasi Calista Roy secara umum dapat diterapkan dengan baik. Proses keperawatan yang dijelaskan dalam Model Adaptasi Roy ada enam tahapan yaitu pengkajian perilaku, pengkajian stimulus, diagnosis keperawatan, penetapan tujuan (*goal setting*), intervensi keperawatan dan evaluasi

Model Adaptasi Sister Calista Roy menyatakan bahwa adanya gangguan pada salah satu mode adaptasi maka akan mempengaruhi mekanisme coping individu dalam beradaptasi, sehingga upaya mengatasi masalah yang muncul pada salah satu adaptasi adalah membantu pasien untuk dapat beradaptasi dengan menunjukkan perilaku yang adaptif. Untuk itu, pengkajian perilaku dan stimulus harus dilakukan berdasarkan empat mode adaptasi yang dikembangkan oleh Roy, yaitu mode adaptasi fisiologis, mode adaptasi konsep diri, mode adaptasi fungsi peran, dan mode adaptasi interdependensi. Secara umum klien post operasi section caesaria akan mengalami masalah nyeri sehingga diperlukan intervensi agar klien merasa nyaman dan mampu beradaptasi terhadap nyeri yang dialaminya.

Dalam menentukan masalah keperawatan atau penegakan diagnosa keperawatan, digunakan diagnosis keperawatan NANDA 2015 – 2017. Penetapan tujuan/ *Goal Setting* disusun untuk menentukan kriteria pencapaian masalah yang muncul, rencana keperawatan disusun dan dilaksanakan sebagai intervensi keperawatan untuk membantu klien memperoleh kenyamanan standar untuk mempertahankan homeostasis dan mengontrol rasa sakit. Rencana keperawatan disusun dan dilaksanakan sebagai intervensi keperawatan untuk membantu pasien beradaptasi terhadap masalah yang muncul. Tahap akhir adalah evaluasi keperawatan, evaluasi keperawatan dilakukan dengan melihat respon adaptasi pasien terhadap tindakan yang diberikan, yang akhirnya diharapkan tercapainya respon yang adaptif.

Kombinasi terapi relaksasi otot-otot progresif dan pemberian analgesik dapat menurunkan intensitas nyeri pada klien *post sectio caesaria* secara bermakna. Relaksasi benson sangat mudah diaplikasikan, sehingga perawat bisa menggunakannya sebagai salah satu standar operasional prosedur manajemen nyeri diruang perawatan post operasi.

B. SARAN

1. Bagi Pelayanan Keperawatan

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien, perawat memiliki peran penting sebagai pengelola klien selama 24 jam. Melalui pengembangan teori adaptasi Calista Roy yang telah diterapkan oleh penulis, diharapkan dapat menjadi masukan bagi layanan keperawatan untuk mengelola pasien berdasarkan pendekatan teori-teori keperawatan yang sama ataupun teori keperawatan lainnya.

Selain itu perawat dalam menjalani praktik keperawatannya harus berpegang pada prinsip etik, legal dan peka budaya sebagai bentuk praktik profesional seorang perawat kenyamanan klien tetap terjaga dan instansi pelayanan kesehatan dapat memberikan pelayanan yang terbaik untuk masyarakat. Dalam menangani klien post operasi section Caesaria dengan masalah nyeri dapat menerapkan manajemen nyeri, diantaranya dengan memberikan teknik relaksasi otot-otot progresif agar klien memperoleh kenyamanan, dan selain itu penilaian skala nyeri dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui efektifitas terapi yang sudah diberikan.

2. Bagi Pendidikan Keperawatan

Dalam menerapkan teori keperawatan yang sesuai dengan peminatan yang akan di pilih mahasiswa akhir Ners, sebaiknya teori keperawatan yang akan diterapkan, dilakukan uji coba efektifitas penggunaan terlebih dahulu sebelum praktik keperawatan dilaksanakan. Dengan demikian, penerapan teori keperawatan tersebut akan lebih efektif dan sesuai dengan kasus – kasus yang ditemukan pada unit perawatan yang diminati oleh mahasiswa akhir Ners.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R. & Tomey, A.M. (2006). *Nursing Theory Utilization and Application*. St Louis: Elsevier Mosby.
- Andormoyo, S. (2013). *Konsep dan Proses Keperawatan Nyeri*. Yogyakarta: Ar-Ruzz.
- Benson, R.C., & Pernoll, M. L (2008). *Buku saku Obstetri & Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Bobak, M. Irene (2007). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4*. Jakarta: EGC
- IASP., (2009). *Cancer Pain in Children. International association for the Study of Pain*.
- Cahyono Dwi Ari . (2014) . *Pengaruh relaksasi progresif terhadap penurunan nyeri pada pasien post operasi sectio caesarea pada hari ke 1 dan 2* Diperoleh dari <http://Pare>, Kediri ac.id diunduh tanggal 5 Desember 2017
- Cunningham F.G., et al (2006). *Obstetri Williams*. Jakarta:EGC.
- Data Rekam Medis (2017). RSUD Abdul Wahab Sjahrane Samarinda.
- James, S.R., Nelson, K.A., & Ashwill, J.W., (2013). *Nursing Care of Children Principles & Practice. Fourth Edition*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Nanda., (2012). *Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2012-2014..* Jakarta: EGC
- Perry, A.G., Potter, P.A., & Elkin, M.K. (2012). *Nursing Intervention & Clinical Skills (5th Edition)*. St Louis: Elseiver Mosby.
- Permono, B., Sutaryo., Ugrasena, I.D.G., Windiastuti, E., & Abdulsalam., (2006). *Buku Ajar Hematologi Onkologi Anak (cetakan kedua)*. Jakarta: Ikatan Dokter Anak Indonesia.
- Price, S.A., & Wilson, L.M. (2005). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit (Edisi 6)*. Jakarta: EGC
- Rasha Mohamed Essa (206). *Effect of progressive muscle relaxation technique on stress, anxiety, and depression after Distribution Properties. Journal of Applied Sciences*. URL: <https://doi.org> diunduh tanggal 5 Desember 2017
- Sherwood, L., (2001). *Fisiologi Manusia dari Sel ke Sistem (Edisi 2)*. Jakarta.: EGC.
- Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2010). *Nursing Theory Utilization & Application (3th ed.)*. St Louis: Mosby Elsevier Inc
- Wilkinson, Judith M. (2013). *Buku saku diagnosa keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria hasil NOC*. Jakarta : EGC.

Lampiran 1

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN Ny. MS POST OPERASI SECTIO CAESARIA DENGAN MASALAH NYERI MENGGUNAKAN PENDEKATAN MODEL ADAPTASI CALISTA ROY

I. DATA BIOGRAFI

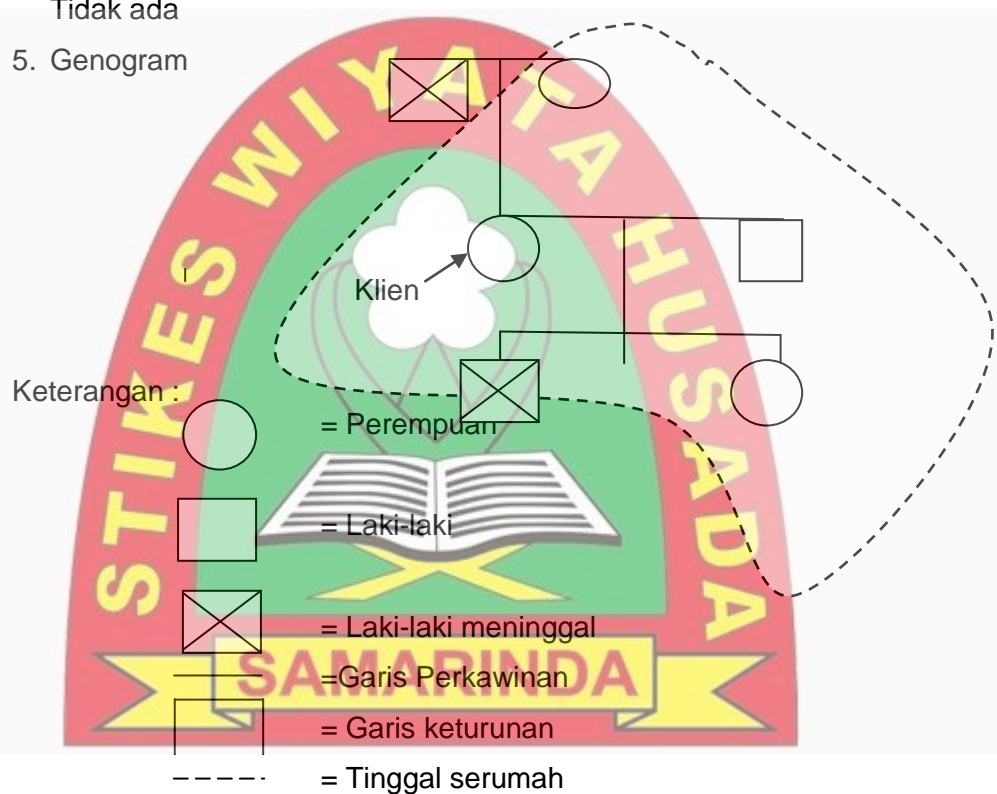
Identitas Diri Klien

Nama Klien	: Ny. MS
Jenis Kelamin	: Perempuan
Tanggal lahir/Usia	: Tahun
Status Pernikahan	: Menikah
Pekerjaan	: Ibu Rumah Tangga
Agama	: Katolik
Suku	: Batak
Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan / Lama Bekerja	: -
Tanggal Masuk RS	: 15 November 2017
Tanggal Pengkajian	: 16 November 2017
Sumber Informasi	: Klien dan Keluarga
No. Register	: 972359
Diagnosa Medis	: Aterem dan Bekas SC

II. GAMBARAN UMUM KLIEN

A. Riwayat Penyakit Sekarang

1. Keluhan Utama :
Nyeri luka operasi daerah abdomen
2. Riwayat Penyakit Sekarang :
Klien datang ke rumah sakit pada tanggal 15 November 2017 dengan keluhan sakit pinggang dan belakang
3. Riwayat Penyakit Dahulu :
Tidak ada, klien ini riwayat operasi SC sudah dua kali .
4. Riwayat Penyakit Dalam keluarga :
Tidak ada
5. Genogram



6. Riwayat Reproduksi
 - a. Riwayat Menstruasi
Klien menarache pada usia 14 tahun, dengan siklus menstruasi sebulan 1 kali selama 3 – 4 hari. Jumlah darah haid sedang. Klien mengatakan ketika menstruasi terkadang nyeri perut dan klien tidak pernah mengkonsumsi obat maupun jamu.
 - b. Riwayat Pernikahan
Klien menikah satu kali pada usia 20 tahun dengan suaminya.

c. Riwayat Persalinan Sebelumnya

Klien mengatakan mempunyai 3 anak dan dilahirkan secara normal. Jarak kehamilan pada anaknya sekitar 2 – 3 tahun.

7. Diagnosa Medis pada saat MRS, pemeriksaan penunjang dan tindakan yang dilakukan :

Diagnosa Medis saat MRS : Aterem dan bekas SC pro SC

Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 15 November 2017

Hb 11.7 gr% (11.2-15.7), leukosit 8900 /uL (3.980-10.040), hematokrit 34.1 % (34-45), trombosit 382.000 /uL (150.000-450.000).

B. MODE FISILOGIS FISIK

1. Oksigenase

a. Pengkajian perilaku

Pasien tidak mengeluh sesak napas respirasi 16 x/menit, tidak sesak, gerakan dada simetris, bunyi napas vesikuler, tidak ada ronchi maupun wheezing, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, tidak sianosis, konjungtiva merah muda capillary refill < 2 detik, bunyi jantung I/II reguler, tidak ada . Hasil pemeriksaan laboratorium Hb : 11.3 gr %, lekosit : 8900 /ul, Ht : 34.1 %,

b. Pengkajian Stimulus : tidak ada masalah adaptasi

2. Nutrisi

c) Pengkajian perilaku

Pasien masih puasa , konjungtiva anemis, sklera tidak kterik, bising usus ada 12 kali permenit perut kembung , BB 60 kg, TB 156 cm (Kesan status gizi baik). tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab,

d) Pengkajian Stimulus; tidak ada masalah adaptasi

3. Eliminasi

a. Pengkajian perilaku

Buang air besar dan buang air kecil normal, buang air kecil pasien dipasang cateter, warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, balance cairan dalam 4 jam +354 cc, dan diuresis 0,9cc/KgBB/jam., buang air besar 1 x warna kuning, konsistensi lembek

b. Pengkajian stimulus : tidak ada masalah adaptasi

4. Aktivitas dan Istirahat

a. Pengkajian perilaku

Kesadaran komposmentis, terpasang infus di vena perifer, pasien bedrest total, nyeri perut bertambah bila bergerak, keluarga pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri

b. Pengkajian stimulus

Stimulus Fokal : nyeri luka di perut pasca operasi

Stimulus kontekstual : luka pasca operasi

Stimulus residual : nyeri

5. Proteksi

a. Pengkajian perilaku

Suhu 36 °C, terpasang infus di vena perifer, rambut dan kuku bersih, leukosit : 8900/ul,

b. Pengkajian stimulus

Stimulus Fokal : luka insisi di perut pasca operasi

Stimulus kontekstual : luka pasca operasi

Stimulus residual : nutrisi inadekuat

6. Sensasi

a. Pengkajian perilaku

Penglihatan pasien dalam keadaan normal, fungsi pendengaran dan sentuhan pasien tidak mengalami kelainan, fungsi penghidu mengalami penurunan karena adanya masa pada saluran napas atas. Pasien mengalami nyeri perut skala 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, wajah meringis kesakitan, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit

b. Pengkajian stimulus

Stimulus Fokal : luka insisi di perut pasca operasi

Stimulus kontekstual : kurang efek pemberian obat antrain

Stimulus residual : ketidak tahuan pasien dalam melakukan manajemen nyeri

7. Cairan dan Elektrolit

a. Pengkajian perilaku

Pasien masih puasa,, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, respirasi 16 x/menit, suhu 36 oC, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, akral hangat, capillary refill < 2detik,

suara paru vesikuler, buang air kecil 200cc/4 jam, infuse 500 cc/6 jam, diuresis 0,9cc/KgBB/jam.

b. Pengkajian stimulus

Stimulus Fokal : luka insisi di perut pasca operasi

Stimulus kontekstual : -

Stimulus residual : -

8. Fungsi Neurologi

a. Pengkajian perilaku

Kesadaran kompos mentis, GCS ; E4V5M6, pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang. tidak ada gangguan fungsi memori, sensorik, motorik, pasien dapat berkomunikasi secara lisan

b. Pengkajian stimulus : masalah adaptif tidak ada

9. Fungsi Endokrin

a. Pengkajian perilaku

Menurut pasien dan keluarga tidak ada yang menderita penyakit kencing manis dan gondok

b. Pengkajian stimulus : semua perilaku adaptif

C. Mode adaptasi konsep diri

3) Pengkajian perilaku

a) *Physical self* (memandang diri sendiri dan berhubungan dengan kehilangan)

c) Sensasi diri : pasien mengatakan luka operasi sangat nyeri dan bertanya kapan hilang

d) Gambaran diri : ibu pasien mengatakan anaknya sering menanyakan apakah setelah operasi dapat melakukan tugasnya kembali

b) *Personal self*

➤ Moral etik spiritual

Pasien beragama Islam dan selalu rutin beribadah

➤ *Self consistency* : pasien merasa kesakitan luka operasinya namun selalu mengikuti program pengobatan

➤ Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat sembuh supaya dapat rawat gabung dengan bayinya.

4) Pengkajian stimulus :

Stimulus Fokal : luka insisi di perut pasca operasi

Stimulus kontekstual : pasien berada dalam kecemasan

Stimulus residual : yakin untuk sembuh

D. Mode adaptasi fungsi peran

3) Pengkajian perilaku

Pasien mengatakan saat ini peran sebagai ibu rumah tangga dibantu oleh keluarga , dan keinginan cepat bisa merawat bayinya

4) Pengkajian stimulus ; semua perilaku adaptif

E. Mode adaptasi interdependensi

3) Pengkajian perilaku

a) *Affectional adequacy* : saat di rumah sakit pasien selalu ditemani oleh suami dan ibu kandungnya, semua kebutuhannya terpenuhi.

b) *Developmental adequacy* : pasien merasa senang di di jenguk oleh keluarga yang lain dan juga teman-temannya.

c) *Resource Adequacy* pasien berobat memakai jaminan BPJS

4) Pengkajian stimulus ; semua perilaku adaptif

III. PROGRAM THERAPI

Terapi yang diberikan :

1. Infus Dextrose 5 % 20 tpm
2. Injeksi Antrain 3x1 amp
3. Injeksi Ceftriaxone 3 x1 gr



Tanggal 16 November 2017

Perawat yang melakukan pengkajian

(Theresia Tipung)

Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan analisis hasil pengkajian perilaku dan stimulus pada keempat mode adaptasi yang didalamnya terdapat mode adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Berdasarkan kasus pada ny Y maka diagnosis yang ditegakkan adalah sebagai berikut

a. Mode Adaptasi Fisiologis

Masalah Keperawatan pada mode adaptasi fisiologis adalah :

- 5) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik prosedur pembedahan
- 6) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan
- 7) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive

b. Mode adaptasi Konsep diri : Adaptif

c. Mode Adaptasi Fungsi Peran : adaptif

d. Mode Adaptasi Interdependensi : adaptif

5) Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada klien Ny. MS berdasarkan konsep teori *adaptasi Roy* Berikut ini akan dijelaskan rencana keperawatan pada Klien Ny. MS

Dengan menggunakan **NANDA NICNOC**.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik prosedur pembedahan

3) Tujuan Keperawatan

Menggunakan **NOC : Kontrol Nyeri (Kode 1605)**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 – 8 jam, rasa nyeri berkurang/terkontrol, dengan indikator (skala 1 – 5)

- Mengenal kapan nyeri terjadi **4**
- Menggunakan tindakan pencegahan **4**
- Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik menggunakan analgesik yang direkomendasikan **4**
- Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesional kesehatan **4**
- Melaporkan nyeri yang terkontrol **4**

Keterangan Skala ;

1 : Tidak pernah menunjukkan

- 2 : Jarang menunjukkan
- 3: Kadang – kadang menunjukkan
- 4. Sering Menunjukkan
- 5 : Secara konsisten menunjukkan

4) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pertama adalah intervensi yang dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, intervensi tersebut dicantumkan dalam tabel 3.1 di bawah ini :

Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik prosedur pembedahan menggunakan NIC

Managemen nyeri (Kode 1400)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : Lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi therapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 4. Manajemen nyeri dengan teknik Relaksasi otot-otot progresif 5. Berikan analgetik sesuai kolaborasi dengan tim medis : Injeksi antrain 3 X 1 ampul
Manajemen pengobatan (2380)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan obat yang dibutuhkan pasien dan cara mengelola sesuai dengan anjuran/ dosis. 2. Monitor efek teraupetik dari pengobatan. 3. Monitor tanda dan gejala serta efek samping dari obat. 4. Monitor interaksi obat. 5. Ajarkan pada pasien keluarga cara mengatasi efek samping pengobatan. 6. Pengelolaan analgetik 7. Periksa perintah medis tentang obat, dosis & frekuensi obat analgetik. 8. Periksa riwayat alergi pasien. 9. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik. 10. Kelola jadwal pemberian analgetik yang sesuai. 11. Evaluasi efektifitas dosis analgetik, observasi tanda dan gejala efek samping, misal depresi pernafasan, mual & muntah, mulut kering, & konstipasi. 12. Kolaborasi dgn dokter untuk obat, dosis & cara pemberian yg diindikasikan. 13. Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas, dan keparahan sebelum pengobatan. 14. Berikan obat dengan prinsip 5 benar
Pemberian Analgesik (2210)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi

-
3. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
 4. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
 5. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
 6. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
-

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan

3) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC : Ambulasi (Kode 0200)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam, hambatan mobilitas fisik tidak terjadi dengan indikator (skala 1 – 5)

- Berjalan dengan pelan 4
- Berjalan dengan jarak yang dekat < 20 meter 4
- Berjalan mengelilingi kamar 4

Keterangan Skala ;

- 1 : Sangat terganggu
- 2 : Banyak terganggu
- 3 : Cukup terganggu
- 4 : Sedikit terganggu
- 5 : Tidak terganggu

4) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan kedua adalah intervensi yang dilakukan agar klien tidak mengalami hambatan mobilitas fisik, intervensi tersebut dicantumkan dalam tabel 3.2 di bawah ini :

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan 2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan NIC

Ambulasi (Kode 0221)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan 2. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan 3. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera 4. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi 5. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi 6. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan 7. Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps. 8. Berikan alat Bantu jika klien memerlukan
-----------------------------	--

-
9. .Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
-

c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

2) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC : Kontrol Resiko : Proses Infeksi (1924)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam, risiko infeksi tidak menjadi aktual dengan indikator (skala 1 – 5)

- Mengidentifikasi faktor risiko infeksi **4**
- Mengenali faktor risiko infeksi **3**
- Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi **3**
- Mencuci tangan **4**
- Mempertahankan lingkungan yang bersih **4**
- Mempraktikan strategi untuk mengontrol infeksi **4**

Keterangan Skala ;

- 1 : Tidak pernah menunjukkan
- 2 : Jarang menunjukkan
- 3 : Kadang – kadang menunjukkan
- 4. Sering Menunjukkan
- 5 : Secara konsisten menunjukkan

3) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan keempat adalah intervensi yang dilakukan untuk mencegah terjadi infeksi selama perawatan intervensi tersebut dicantumkan dalam tabel 3.4 di bawah ini :

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan 3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif menggunakan NIC Kontrol Infeksi (Kode 6540)

Kontrol Infeksi (Kode 6540)	<ol style="list-style-type: none">1. Pertahankan tehnik aseptik2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan3. Ganti letak iv cateter dan perawatan luka sesuai indikasi4. Kolaborasi dengan pemberian antibiotik cefotaxime 3 X 1 gram <ol style="list-style-type: none">1. Beri penjelasan kepada klien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang klien2. Informasikan hal – hal yang perlu dilakukan klien dan keluarga untuk mencegah infeksi <p>Ajarkan klien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan.</p>
--------------------------------------	---

4 Implementasi keperawatan

Hari/ Tgl	Jam	No. Dx	Implementasi	Paraf
Kamis 16/11/17	08.00	1	a. Melakukan pengkajian nyeri lokasi, ,durasi karakteristik, frekuensi,kualitas dan faktor presipitasi. S : Klien mengeluh nyeri pada luka operasi O : Ekpresi meringis,klien berbaring di tempat tidur,skala nyeri 6 (0-10) Tensi : 120/80 Mm Hg,, Nadi : 78 x/m, RR : 18 x/m	
	08.00		b. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti pencahayaan dan kebisingan : 1) Membritahu keluarga agar tidak ribut dalam ruangan O : keluarga berkunjung saat jam kunjungan 2) Menanyakan kebiasaan pasien dengan cahaya terang atau redup saat beristirahat. O : Klien menggunakan lampu (pencahayaan)	
	08.00		c. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu menggunakan teknik relaksasi otot-otot progresif d. Memberikan leaflet pada klien dan keluarga S : Klien mengatakan bisa melakukan teknik relaksasi otot-otot progresif dengan nomor 1- 6 O : pasien dapat menggenggam tangan kiri dan kedua lengan kebelakang,mengangkat bahu,	
Jumat 17/11/17	08.00	1	a. Melakukan pengkajian nyeri lokasi, ,durasi karakteristik, frekuensi,kualitas dan faktor presipitasi. S : klien mengeluh nyeri pada luka operasi O : ekpresi meringis,klien sudah duduk ,skala nyeri 4 (0-10) Tensi : 120/80 Mm Hg,, Nadi : 78 x/m, RR : 18 x/m	
	08.00		b. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu menggunakan teknik relaksasi otot-otot progresif lanjutan nomor 7-13 S : Klien mengatakan bisa melakukan teknik relaksasi otot-otot progresif dengan nomor 7-10 dan 13- 14 O: Klien dapat mengatupkan rahang, memoncongkan mulut, mengerakan otot leher, bagian depan dan belkang dan meluruskan kedua kaki, pasien tampak rileks dan semangat	
	13.00		c. Menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan teknik relasasi otot-otot progresif bila timbul nyeri di rumah S : Suami dan keluarga mengatakan akan membantu klien dalam melakukan teknik relasasi otot-otot progresif bila timbul nyeri di rumah O : Suami dan keluarga tampak bersemangat	
Kamis 16/11/17	08.00	II	a. Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktivitas atau mobilisasi S : Klien mengatakan nyeri saat bergerak O : Ekpresi klien meringis saat bergerak, semua aktivitas dibantu oleh petugas, suami dan keluarga	


Hari/ Tgl	Jam	No. Dx	Implementasi	Paraf
	08.00		b. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas atau mobilisasi S : Klien mengatakan nyeri saat bergerak O : Ekpresi klien meringis saat bergerak, semua aktivitas dibantu oleh petugas, suami dan keluarga	
	12.00		c. Membantu klien dalam memilih aktivitas yang dapat dilakukan : S : klien mengatakan bisa miring dengan bantuan O : klien dapat miring dengan bantuan perawat.	
			d. Membantu klien membuat jadwal latihan mobilisasi	
Jumad 17/11/17	08.00	II	a. Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktivitas atau mobilisasi S : Klien mengatakan nyeri saat bergerak O : Ekpresi klien meringis saat bergerak, semua aktivitas dibantu oleh petugas, suami dan keluarga	
	12.00		b. Membantu klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari S : klien mengatakan dapat duduk dan berjalan disamping tempat tidur O : Klien duduk dan berjalan disamping tempat tidur	
Kamis 16/11/17	09.00	III	a. Mengobservasi dan Mencatat adanya tanda-tanda infeksi S : - O : Adanya luka operasi diperut tertutup verban, daerah luka operasi tampak bersih, lekosit : 8900./ul suhu 36 °C,	
	09.00		b. Mengajarkan cara-cara mengurangi infeksi dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien	
Jumad 17/11/17	13.00		a. Melepas infus dan Chateter urine klien O ; Daerah bekas pemasangan infus tidak ada tanda – tanda infeksi, klien bisa BAK spontan setelah pelepasan Chateter urine	
			b. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah O : keluarga dan klien memahami dan melaksanakan mencuci tangan	
			c. Memberikan informasi hal – hal yang perlu dilakukan klien dan keluarga untuk mencegah infeksi selama perawatan klien dirumah O : Klien dan keluarga memahami apa saja tanda – tanda infeksi	

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah 2 hari dilakukan tindakan keperawatan dan sampai klien diperbolehkan pulang. Evaluasi ini diuraikan berdasarkan diagnosa berikut

Hari / Tanggal / jam	No. Diagnosa	(S.O.A.P)
Jumad 17/11/2017 Jam 14.00	1	<p>S : klien mengatakan nyeri pada bagian bawah perut bekas sesarea.</p> <p>O : Klien tampak meringis , Skala nyeri 4 (0-10, Ekspresi wajah klien tampak menahan nyeri TD : 120/80mmHg, N : 98x/mnt, RR : 20x/mnt</p> <p>A ; : Masalah Nyeri Teratasi</p> <p>P. : Lanjutkan Intervensi keperawatan manajemen nyeri menggunakan teknik relaksasi otot-otot progresif bila terasa nyeri.</p>
Jumad 14/11/2017 Jam 14.00		<p>S : Klien mengatakan dapat melakukan aktivitas</p> <p>O : klien mampu melakukan aktivitas yang ditunjukan klien dapat mobilisasi di sekitar kamar perawatan klien dan klien dapat ke kamar mandi tanpa bantuan perawat dan keluarga.</p> <p>A ; Masalah Hambatan Mobilitas Teratasi</p> <p>P. : Lanjutkan Intervensi</p>
Jumad 14/11/2017 Jam 14.00		<p>S : klien mengatakan nyeri pada bagian bawah perut bekas sesarea.</p> <p>O Luka bersih, daerah pemasangan infus tidak flebitis, dan tidak ada tanda – tanda infeksi color, rubor, tumor, dolor dan fungsilaesa</p> <p>A ; : Masalah infeksi tidak terjadi</p> <p>p. : Lanjutkan Intervensi</p>

Lampiran 2

	SOP TERAPI RELAKSASI OTOT –OTOT PROGRESIF	
Instruksi Kerja	Tanggal Terbit :	Ditetapkan Oleh :
Pengertian	Terapi relaksasi dengan gerakan mengencangkan dan melemaskan otot–otot pada satu bagian tubuh pada satu waktu untuk memberikan perasaan relaksasi secara fisik. Gerakan mengencangkan dan melemaskan secara progresif kelompok otot ini dilakukan secara berturut-turut	
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolic., kebutuhan oksigen; 2. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian serta relaks, Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi; 3. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress 4. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan 	
Kebijakan	Terapi ini dapat dilakukan pada klien dengan mengajarkan langkah-langkah latihan secara bertahap, dimulai dengan memberikan instruksi. Apabila sudah hafal langkah-langkahnya, dapat dilakukan secara mandiri tanpa instruksi	
Pelaksana	Mahasiswa	
Persiapan	<p>A. Klien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan latihan dan tahapannya 2. Klien memungkinkan untuk dilakukan latihan 3. Klien menggunakan pakaian yang nyaman <p>B. Lingkungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang yang tenang dan nyaman 2. Kursi, tempat tidur yang nyaman 	

<p>Prosedur Pelaksanaan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan salam dan menyapa nama klien 2. Menanyakan cara yang biasa di gunakan agar rileks 3. Mengatur posisi yang nyaman menurut klien sesuai dengan kondisi klien (duduk/berbaring) 4. Lakukan gerakan sesuai kondisi dan kenyamanan klien dengan langkah-langkah <ol style="list-style-type: none"> a. Gerakan pertama Instrusikan klien menggenggam tangan kiri sambil membuat suatu kepalan. sambil merasakan sensasi ketegangan yang terjadi. Pada saat kepalan dilepaskan, klien dipandu untuk merasakan rileks selama 10 detik. Gerakan pada tangan kiri ini dilakukan dua kali. Prosedur serupa juga dilatihkan pada tangan kanan. b. Gerakan kedua Instrusikan klien menekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot-otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit c. Gerakan ketiga Gerakan ini diawali Instrusikan klien menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan kemudian membawa kedua kepalan ke pundak sehingga otot-otot biceps akan menjadi tegang. d. Gerakan keempat Instrusikan klien mengangkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan bahu akan dibawa hingga menyentuh kedua telinga. Fokus perhatian gerakan ini adalah kontras ketegangan yang terjadi di bahu, punggung atas, dan leher. e. Gerakan kelima sampai ke delapan Instrusikan klien mengerutkan dahi dan alis sampai otot-ototnya terasa dan kulitnya keriput. f. Gerakan keenam Instrusikan klien menutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata dan otot-otot yang mengendalikan gerakan mata
-----------------------------	--

	<p>g. Gerakan ketujuh</p> <p>Instrusikan klien mengatupkan rahang, diikuti dengan menggigit gigi-gigi sehingga ketegangan di sekitar otot-otot rahang</p> <p>h. Gerakan kedelapan</p> <p>Instruksikan klien memoncongkan bibir disekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut</p> <p>i. Gerakan Kesembilan dan Kesepuluh</p> <p>Instrusikan klien melakukan gerakan yang diawali dengan otot leher bagian belakang baru kemudian otot leher bagian depan. Klien dipandu meletakkan kepala sehingga dapat beristirahat, kemudian diminta untuk menekankan kepala pada permukaan bantalan kursi</p> <p>j. Gerakan Kesepuluh</p> <p>Instrusikan klien membawa kepala ke muka, kemudian klien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya. Sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka.</p> <p>k. Gerakan kesebelas</p> <p>Instrusikan klien mengangkat tubuh dari sandaran kursi, kemudian punggung dilengkungkan, lalu busungkan dada sehingga tampak seperti pada gambar 6. Kondisi tegang dipertahankan selama 10 detik, kemudian rileks. Pada saat rileks, letakkan tubuh kembali ke kursi, sambil membiarkan otot-otot menjadi lemas.</p> <p>l. Gerakan keduabelas</p> <p>Instrusikan klien untuk menarik nafas panjang untuk mengisi paru-paru dengan udara sebanyak-banyaknya. Posisi ini ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada kemudian turun ke perut.</p> <p>m. Gerakan 14 dan 15</p> <p>Instrusikan klien untuk mengunci lutut , sedemikian sehingga ketegangan pindah ke otot-otot betis, selama 10 detik baru setelah itu melepaskannya. Setiap gerakan dilakukan masing-masing dua kali.</p> <p>5. Cuci tangan</p>
--	---

	6. Merapikan pakaian 7. Mengobservasi respon pasien 8. Mendokumentasikan dalam rekam medic.
Unit Terkait	



TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF



Nama : THERESIA TIPUNG

Nim : P1605296

PROGRAM NERS ILMU KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA SAMARINDA

PENGERTIAN

Teknik relaksasi otot progresif Merupakan teknik relaksasi yang berfokus pada perlahan tegang dan santai otot



A. TUJUANNYA

1. Menurunkan ketegangan otot, kecemasan, nyeri leher dan punggung, tekanan darah tinggi, frekuensi jantung, laju metabolic.
2. Mengurangi disritmia jantung, kebutuhan oksigen;
3. Meningkatkan gelombang alfa otak yang terjadi ketika klien sadar dan tidak memfokuskan perhatian serta relaks;
4. Meningkatkan rasa kebugaran, konsentrasi;
5. Memperbaiki kemampuan untuk mengatasi stress
6. Mengatasi insomnia, depresi, kelelahan, iritabilitas, spasme otot, fobia ringan, gagap ringan
7. Membangun emosi positif dari emosi negative

CARA PELAKSANAAN



1. Menggenggam tangan sambil membuat suatu kepalan dan dilepaskan
2. Menekuk kedua lengan ke belakang pada pergelangan tangan sehingga otot-otot di tangan bagian belakang dan lengan bawah menegang, jari-jari menghadap ke langit-langit



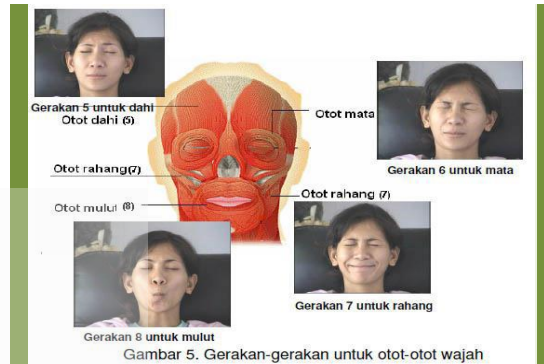
3. Gerakan ini diawali dengan menggenggam kedua tangan sehingga menjadi kepalan kemudian membawa kedua kepalan ke pundak



4. Mengangkat kedua bahu setinggi-tingginya seakan-akan bahu akan dibawa hingga menyentuh kedua telinga



5. Menutup keras-keras mata sehingga dapat dirasakan ketegangan di sekitar mata
6. Mengatup rahang, diikuti dengan menggigit gigi sehingga ketegangan di sekitar otot-otot rahang
7. Bibir dimnyongkan sekuat-kuatnya sehingga akan dirasakan ketegangan di sekitar mulut



- 8 Letakkan kedua tangan di belakang kepala, kemudian dorong kepala ke belakang sambil tangan menahan dorongan kepala.
9. Membawa kepala ke muka, kemudian klien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya, sehingga dapat merasakan ketegangan di daerah leher bagian muka



10. Kedua tangan diletakkan dibelakang sambil menyentuh lantai dan menahan badan. Kemudian busungkan dada.
11. Menarik nafas panjang. Posisi ini ditahan selama beberapa saat, sambil merasakan ketegangan di bagian dada kemudian diturunkan ke perut. Pada saat ketegangan dilepas, klien dapan bernafas normal.
12. Menarik kuat-kuat perut ke dalam

13. Menahannya sampai perut menjadi kencang dan keras. Setelah 10 detik dilepaskan bebas, kemudian diulang kembali seperti gerakan awal untuk perut ini.

14. Meluruskan kedua belah telapak kaki sehingga otot paha terasa tegang



SELAMAT MENCOBA



TERIMA KASIH

Lampiran 4

LEMBAR OBSERVASI PELAKSANAAN TEKNIK OTOT-OTOT PROGRESIF

No	Nama	Tanggal	Post Op Hr	Pre		Post	
				Jam	Skala Nyeri	Jam	Skala Nyeri
1.	Ny. A	13 November 2017	0	18.00	6	19.00	5
		14 November 2017	1	15.00	5	06.00	4
				17.00	4	18.00	3
15 November 2017	2	05.00	4	16.00	3		
2.	Ny. R	15 November 2017	1	15.00	6	16.00	5
				17.00	5	18.00	4
				19.00	5	20.00	4
16 November 2017	2	15.00	4	16.00	4		
3	Ny. Y	16 November 2017	1	16.00	6	17.00	5
				19.00	5	20.00	4
		17 November 2017	2	15.00	4	16.00	3
4	NY.MS	16 November 2017	1	08.00	6	09.00	5
				10.00	5	11.00	4
				13.00	4	14.00	3
		17 November 2017	2	14.00	4	14.00	3
5	NY E	17 November 2017	1	12.00	6	13.00	5
		18 November 2017	2	08.00	4	09.00	3
				10.00	4	11.00	3

TABEL LAMPIRAN

Tabel Penilaian nyeri pada hari I sebelum dilakukan teknik relaksasi otot-otot progresif dan setelah dilakukan teknik relaksasi otot-otot progresif

Nama Responden	Sebelum	Sesudah	Penurunan skala nyeri
Ny A	6	5	1
Ny Y	6	4	2
Ny. R	6	5	1
Ny MS	6	5	1
Ny. E	6	5	1

Tabel Penilaian nyeri pada hari 2 sebelum dilakukan teknik relaksasi otot-otot progresif dan setelah dilakukan teknik relaksasi otot-otot progresif

Nama Responden	Sebelum	Sesudah	Penurunan skala nyeri
Ny A	5	4	1
Ny Y	4	3	1
Ny. R	5	4	1
Ny MS	5	4	1
Ny. E	5	3	2



ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY, MS DENGAN DIAGNOSE POST
SECTIO CESARIA HARI 1-2 DI RUANG MAWAR
RSUD ABDUL WAHAB SYAHRANI

Aplikasi model adaptasi Roy akan diterapkan pada salah satu kasus kelolaan yang terpilih, yaitu kasus pasien NY MS umur 36 tahun Masuk rumah sakit tgl 15-11-2017 dengan diagnose medis ,G3P2A0 aterem dan bekas SC. Masuk pro SC. . Proses asuhan keperawatan akan dimulai dari tahap pengkajian yang meliputi pengkajian berdasarkan 4 prinsip mode adaptasi (fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi),penegakkan diagnosis keperawatan, menyusun *setting goal* (penentuan tujuan) keperawatan), intervensi, implementasi sampai dengan evaluasi

1. Pengkajian perilaku dan stimulus

a. Mode Adaptasi Fisiologis

1) Oksigenasi

a) Pengkajian perilaku

Pasien tidak mengeluh sesak napas respirasi 16 x/menit, tidak sesak, gerakan dada simetris, bunyi napas vesikuler, tidak ada ronchi maupun wheezing, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, tidak sianosis, konjungtiva merah muda capillary refill < 2 detik, bunyi jantung I/II reguler, tidak ada . Hasil pemeriksaan laboratorium Hb : 11.3 gr %, lekosit : 8900 /ul, Ht : 34.1 %,

b) Pengkajian Stimulus : tidak ada masalah adaptasi

2) Nutrisi

a) Pengkajian perilaku

Pasien masih puasa , konjungtiva anemis, sklera tidaak kterik, bising usus ada 12 kali permenit perut kembung , BB 60 kg, TB 156 cm (Kesan status gizi baik). tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab,

b) Pengkajian Stimulus

Stimulus Fokal : adanya peningkatan asam lambung karena pasien riwayat penyakit gastritis

Stimulus konstekstual : karena pasien riwayat penyakit gastritis saat ini masih puasa

Stimulus residual : -

3) Eliminasi

a) Pengkajian perilaku

Buang air besar dan buang air kecil normal, buang air kecil pasien dipasang cateter, warna kuning jernih, tidak ada distensi kandung kemih, balance cairan dalam 4 jam +354 cc, dan diuresis 0,9cc/KgBB/jam., buang air besar 1 x warna kuning, konsistensi lembek

b) Pengkajian stimulus : tidak ada masalah adaptasi

4) Aktivitas dan Istirahat

a) Pengkajian perilaku

Kesadaran komposmentis, terpasang infus di vena perifer, pasien bedrest total, nyeri perut bertambah bila bergerak, keluarga pasien mengatakan tidak bisa tidur karena nyeri

b) Pengkajian stimulus

Stimulus Fokal : nyeri luka di perut pasca operasi

Stimulus kontekstual : luka pasca operasi

Stimulus residual : nyeri

5) Proteksi

a) Pengkajian perilaku

Suhu 36 °C, terpasang infus di vena perifer, rambut dan kuku bersih, leukosit : 26.000,

b) Pengkajian stimulus

Stimulus Fokal : luka insisi di perut pasca operasi

Stimulus kontekstual : luka pasca operasi

Stimulus residual : nutrisi inadkuat

6) Sensasi

a) Pengkajian perilaku

Penglihatan pasien dalam keadaan normal, fungsi pendengaran dan sentuhan pasien tidak mengalami kelainan, fungsi penghidu mengalami penurunan karena adanya masa pada saluran napas atas. Pasien mengalami nyeri perut skala 6, nyeri seperti ditusuk-tusuk, wajah meringis kesakitan, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit

b) Pengkajian stimulus

Stimulus Fokal : luka insisi di perut pasca operasi

Stimulus konstekstual : kurang efek pembeian obat antrain

Stimulus residual : ketidak tahuan pasien dalam melakukan managemn nyeri

7) Cairan dan Elektrolit

a) Pengkajian perilaku

Pasien masih puasa,, tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 100x/menit, respirasi 16 x/menit, suhu 36 oC, mukosa bibir lembab, turgor kulit elastis, akral hangat, capillary refil < 2detik, suara paru vesikuler, buang air kecil 200cc/4 jam, infuse 500 cc/6 jam, diuresis 0,9cc/KgBB/jam.

b) Pengkajian stimulus

Stimulus Fokal : luka insisi di perut pasca operasi

Stimulus konstekstual : -

Stimulus residual : -

8) Fungsi Neurologi

a) Pengkajian perilaku

Kesadaran kompos mentis,GCS ; E4V5M6, pasien tidak mengalami disorientasi waktu, tempat dan orang. tidak ada gangguan fungsi memori, sensorik, motorik, pasien dapat berkomunikasi secara lisan

b) Pengkajian stimulus : masalah adaptif tidak ada

9) Fungsi Endokrin

a) Pengkajian perilaku

Menurt pasien dan keluarga tidak ada yang menderita penyakit kencing manis dan gondok

b) Pengkajian stimulus : semua perilaku adaptif

b. Mode adaptasi konsep diri

1) Pengkajian perilaku

a) *Physical self* (memandang diri sendiri dan berhubungan dengan kehilangan)

➤ Sensasi diri : ipasien mengatakan luka operasi sangat nyeri dan bertanya kapan hilang

➤ Gambaran diri : ibu pasien mengatakan anaknya sering menanyakan apakah setelah operasi dapat melakukan tugasnya kembali

b) *Personal self*

- Moral etik spiritual
Pasien beragama islam dan selalu rutin beribadah
- *Self consistency* : pasien merasa kesakitan luka operasinya namun selalu mengikuti program pengobatan
- Ideal diri : pasien mengatakan ingin cepat sembuh supaya dapat rawat gabung dengan bayinya.

2) Pengkajian stimulus :

Stimulus Fokal : luka insisi di perut pasca operasi

Stimulus konstekstual : pasien berada dalam kecemasan

Stimulus residual : yakin untuk sembuh

c. Mode adaptasi fungsi peran

1) Pengkajian perilaku

Pasien mengatakan saat ini peran sebagai ibu rumah tangga dibantu oleh ibunya, dan keinginan cepat bisa merawat bayinya

2) Pengkajian stimulus ; semua perilaku adaptif

d. Mode adaptasi interdependensi

1) Pengkajian perilaku

a) *Affectional adequacy* : saat di rumah sakit pasien selalu ditemani oleh suami dan ibu kandungnya, semua kebutuhannya terpenuhi.

b) *Developmental adequacy* : pasien merasa senang di di jenguk oleh keluarga yang lain dan juga teman-temannya.

c) *Resource Adequacy* pasien berobat memakai jaminan BPJS

2) Pengkajian stimulus ; semua perilaku adaptif

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan analisis hasil pengkajian perilaku dan stimulus pada keempat mode adaptasi yang didalamnya terdapat mode adaptasi fisiologis, konsep diri, fungsi peran dan interdependensi. Berdasarkan kasus pada ny Y maka diagnosis yang ditegakkan adalah sebagai berikut

a. Mode Adaptasi Fisiologis

Masalah Keperawatan pada mode adaptasi fisiologis adalah :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik prosedur pembedahan
- 2) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan

- 3) Defisit perawatan diri: mandi berhubungan dengan nyeri pembedahan, kelemahan
 - 4) Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasive
- b. Mode adaptasi Konsep diri : adaptif
 - c. Mode Adaptasi Fungsi Peran : adaptif
 - d. Mode Adaptasi Interdependensi : adaptif

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan pada klien Ny. MS berdasarkan konsep teori *adaptasi Roy* Berikut ini akan dijelaskan rencana keperawatan pada Klien Ny. MS

Dengan menggunakan **NANDA NICNOC**.

a. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik prosedur pembedahan

1) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC : Kontrol Nyeri (Kode 1605)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6 – 8 jam, rasa nyeri berkurang/terkontrol, dengan indikator (skala 1 – 5)

- Mengenali kapan nyeri terjadi 4
- Menggunakan tindakan pencegahan 4
- Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik menggunakan analgesik yang direkomendasikan 4
- Melaporkan gejala yang tidak terkontrol pada profesional kesehatan 4
- Melaporkan nyeri yang terkontrol 4

Keterangan Skala ;

- 1 : Tidak pernah menunjukkan
- 2 : Jarang menunjukkan
- 3: Kadang – kadang menunjukkan
4. Sering Menunjukkan
- 5 : Secara konsisten menunjukkan

2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan pertama adalah intervensi yang dilakukan untuk mengurangi rasa nyeri, intervensi tersebut dicantumkan dalam tabel 3.1 di bawah ini :

Tabel 3.1 Intervensi Keperawatan 1 Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik prosedur pembedahan menggunakan NIC

Managemen nyeri (Kode 1400)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif : Lokasi, karakteristik, frekuensi dan kualitas. 2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 3. Gunakan teknik komunikasi therapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien 4. Manajemen nyeri dengan teknik Relaksasi otot-otot progresif 5. Berikan analgetik sesuai kolaborasi dengan tim medis : Injeksi antrain 3 X 1 ampul
Manajemen pengobatan (2380)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan obat yang dibutuhkan pasien dan cara mengelola sesuai dengan anjuran/ dosis. 2. Monitor efek teraupetik dari pengobatan. 3. Monitor tanda dan gejala serta efek samping dari obat. 4. Monitor interaksi obat. 5. Ajarkan pada pasien keluarga cara mengatasi efek samping pengobatan. 6. Pengelolaan analgetik 7. Periksa perintah medis tentang obat, dosis & frekuensi obat analgetik. 8. Periksa riwayat alergi pasien. 9. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgetik. 10. Kelola jadwal pemberian analgetik yang sesuai. 11. Evaluasi efektifitas dosis analgetik, observasi tanda dan gejala efek samping, misal depresi pernafasan, mual & muntah, mulut kering, & konstipasi. 12. Kolaborasi dgn dokter untuk obat, dosis & cara pemberian yg diindikasikan. 13. Tentukan lokasi nyeri, karakteristik, kualitas, dan keparahan sebelum pengobatan. 14. Berikan obat dengan prinsip 5 benar
Pemberian Analgesik (2210)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi 3. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu 4. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri 5. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal 6. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur

b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan

1) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC : Ambulasi (Kode 0200)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam, hambatan mobilitas fisik tidak terjadi dengan indikator (skala 1 – 5)

- Berjalan dengan pelan **4**
- Berjalan dengan jarak yang dekat < 20 meter **4**
- Berjalan mengelilingi kamar **4**

Keterangan Skala ;

1 : Sangat terganggu

2 : Banyak terganggu

3 : Cukup terganggu

4: Sedikit terganggu

5 : Tidak terganggu

2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan kedua adalah intervensi yang dilakukan agar klien tidak mengalami hambatan mobilitas fisik, intervensi tersebut dicantumkan dalam tabel 3.2 di bawah ini :

Tabel 3.2 Intervensi Keperawatan 2 Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri pembedahan NIC

Ambulasi (Kode 0221)	
1.	Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan
2.	Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan
3.	Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera
4.	Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi
5.	Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi
6.	Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan
7.	Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps.
8.	Berikan alat Bantu jika klien memerlukan
9.	Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

c. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif

1) Tujuan Keperawatan

Menggunakan NOC : Kontrol Resiko : Proses Infeksi (1924)

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 X 24 jam, risiko infeksi tidak menjadi aktual dengan indikator (skala 1 – 5)

- Mengidentifikasi faktor risiko infeksi **4**
- Mengenali faktor risiko infeksi **3**
- Mengidentifikasi tanda dan gejala infeksi **3**
- Mencuci tangan **4**
- Mempertahankan lingkungan yang bersih **4**
- mempraktikkan strategi untuk mengontrol infeksi **4**

Keterangan Skala ;

- 1 : Tidak pernah menunjukkan
- 2 : Jarang menunjukkan
- 3 : Kadang – kadang menunjukkan
- 4. Sering Menunjukkan
- 5 : Secara konsisten menunjukkan

2) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan keempat adalah intervensi yang dilakukan untuk mencegah terjadi infeksi selama perawatan intervensi tersebut dicantumkan dalam tabel 3.4 di bawah ini :

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan 3. Risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif menggunakan NIC Kontrol Infeksi (Kode 6540)

Kontrol Infeksi (Kode 6540)	<ol style="list-style-type: none">1. Pertahankan tehnik aseptik2. Cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan3. Ganti letak iv cateter dan perawatan luka sesuai indikasi4. Kolaborasi dengan pemberian antibiotik cefotaxime 3 X 1 gram3. Beri penjelasan kepada klien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah memegang klien4. Informasikan hal – hal yang perlu dilakukan klien dan keluarga untuk mencegah infeksi Ajarkan klien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi dan harus melaporkannya kepada penyedia perawatan kesehatan.
--------------------------------------	--

4. Implementasi keperawatan

Hari/ Tgl	Jam	No. Dx	Implementasi	Paraf
Kamis 16/11/17	08.00	1	<p>a. Melakukan pengkajian nyeri lokasi, ,durasi karakteristik, frekuensi,kualitas dan faktor presipitasi.</p> <p>S : Klien mengeluh nyeri pada luka operasi O : Ekpresi meringis,klien berbaring di tempat tidur,skala nyeri 6 (0-10) Tensi : 120/80 Mm Hg,, Nadi : 78 x/m, RR : 18 x/m</p>	
	08.00		<p>b. Mengontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti pencahayaan dan kebisingan :</p> <p>3) Membritahu keluarga agar tidak ribut dalam ruangan O : keluarga berkunjung saat jam kunjungan 4) Menanyakan kebiasaan pasien dengan cahaya terang atau redup saat beristirahat. O : Klien menggunakan lampu (pencahayaan)</p>	
	08.00		<p>c. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu menggunakan teknik relaksasi otot-otot progresif</p> <p>d. Memberikan leaflet pada klien dan keluarga S : Klien mengatakan bisa melakukan teknik relaksasi otot-otot progresif dengan nomor 1- 6 O : pasien dapat menggenggam tangan kiri dan kedua lengan kebelakang,mengangkat bahu,</p>	
Jumat 17/11/17	08.00	1	<p>d. Melakukan pengkajian nyeri lokasi, ,durasi karakteristik, frekuensi,kualitas dan faktor presipitasi.</p> <p>S : klien mengeluh nyeri pada luka operasi O : ekspresi meringis,klien sudah duduk ,skala nyeri 4 (0-10) Tensi : 120/80 Mm Hg,, Nadi : 78 x/m, RR : 18 x/m</p>	

	08.00		<p>e. Mengajarkan teknik non farmakologis yaitu menggunakan teknik relaksasi otot-otot progresif lanjutan nomor 7-13</p> <p>S : Klien mengatakan bisa melakukan teknik relaksasi otot-otot progresif dengan nomor 7-10 dan 13- 14</p> <p>O: Klien dapat mengatupkan rahang, memoncongkan mulut, menngerakan otot leher, bagian depan dan belkang dan meluruskan kedua kaki, pasien tampak rileks dan semangat</p>	
	13.00		<p>f. Menganjurkan keluarga untuk membantu klien dalam melakukan teknik relasasi otot-otot progresif bila timbul nyeri di rumah</p> <p>S : Suami dan keluarga mengatakan akan membantu klien dalam melakukan teknik relasasi otot-otot progresif bila timbul nyeri di rumah</p> <p>O : Suami dan keluarga tampak bersemangat</p>	
Kamis 16/11/17	08.00	II	<p>a. Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktivitas atau mobilisasi</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>O : Ekpresi klien meringis saat bergerak, semua aktivitas dibantu oleh petugas, suami dan keluarga</p>	
	08.00		<p>b. Mengobservasi adanya pembatasan klien dalam melakukan aktivitas atau mobilisasi</p> <p>S : Klien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>O : Ekpresi klien meringis saat bergerak, semua aktivitas dibantu oleh petugas, suami dan keluarga</p>	
	12.00		<p>c. Membantu klien dalam memilih aktivitas yang dapat dilakukan :</p> <p>S : klien mengatakan bisa miring dengan bantuan</p> <p>O : klien dapat miring dengan bantuan perawat.</p>	
			<p>d. Membantu klien membuat jadwal latihan mobilisasi</p>	
Jumad 17/11/17	08.00	II	<p>a. Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktivitas atau mobilisasi</p>	

			<p>S : Klien mengatakan nyeri saat bergerak</p> <p>O : Ekpresi klien meringis saat bergerak, semua aktivitas dibantu oleh petugas, suami dan keluarga</p>	
	12.00		<p>b. Membantu klien dalam melakukan aktivitas sehari-hari</p> <p>S : klien mengatakan dapat duduk dan berjalan disamping tempat tidur</p> <p>O : Klien duduk dan berjalan disamping tempat tidur</p>	
Kamis 16/11/17	09.00	III	<p>a. Mengobservasi dan Mencatat adanya tanda-tanda infeksi</p> <p>S : -</p> <p>O : Adanya luka operasi diperut tertutup verbal, daerah luka operasi tampak bersih, lekosit : 8900./ul suhu 36 °C,</p>	
	09.00		<p>b. Mengajarkan cara-cara mengurangi infeksi dengan cara mencuci tangan sebelum dan sesudah bersentuhan dengan pasien</p>	
Jumat 17/11/17	13.00		<p>a. Melepas infus dan Chateter urine klien</p> <p>O ; Daerah bekas pemasangan infus tidak ada tanda – tanda infeksi, klien bisa BAK spontan setelah pelepasan Chateter urine</p>	
			<p>b. Memberikan penjelasan kepada klien dan keluarga untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah</p> <p>O : keluarga dan klien memahami dan melaksanakan mencuci tangan</p>	
			<p>c. Memberikan informasi hal – hal yang perlu dilakukan klien dan keluarga untuk mencegah infeksi selama perawatan klien dirumah</p> <p>O : Klien dan keluarga memahami apa saja tanda – tanda infeksi</p>	

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan setelah 2 hari dilakukan tindakan keperawatan dan sampai klien diperbolehkan pulang. Evaluasi ini diuraikan berdasarkan diagnosa berikut ini:

CATATAN PERKEMBANGAN DAN EVALUASI

Hari / Tanggal / jam	No. Diagnosa	(S.O.A.P)
Jumad 17/11/2017 Jam 14.00	1	<p>S : klien mengatakan nyeri pada bagian bawah perut bekas sesarea.</p> <p>O : Klien tampak meringis , Skala nyeri 4 (0-10, Ekspresi wajah klien tampak menahan nyeri TD : 120/80mmHg, N : 98x/mnt, RR : 20x/mnt A ; : Masalah Nyeri Teratasi P. :Lanjutkan Intervensi keperawatan manajemen nyeri menggunakan teknik relaksasi otot-otot progresif bila terasa nyeri.</p>
Jumad 14/11/2017 Jam 14.00		<p>S :Klien mengatakan dapat melakukan aktivitas</p> <p>O :klien mampu melakukan aktivitas yang ditunjukan klien dapat mobilisasi di sekitar kamar perawatan klien dan klien dapat ke kamar mandi tanpa bantuan perawat dan keluarga.</p> <p>A ; Masalah Hambatan Mobilitas Teratasi P. : Lanjutkan Intervensi</p>
Jumad 14/11/2017 Jam 14.00		<p>S : klien mengatakan nyeri pada bagian bawah perut bekas sesarea.</p> <p>O Luka bersih, daerah pemasangan infus tidak flebitis, dan tidak ada tanda – tanda infeksi color, rubor, tumor, dolor dan fungsilaesa</p> <p>A ; : Masalah infeksi tidak terjadi p. : Lanjutkan Intervensi</p>

Lampiran 5

**Lembar Observasi Pengukuran Nyeri
Menggunakan *Numeric Rating Scale (NRS)***

Nama Klien :

Tanggal lahir / Umur :

Diagnosa Medis :

Tanggal /Jam :

1. Skala nyeri yang dirasakan sebelum (Pre-) Pemberian Teknik Relaksasi otot-otot Progresif



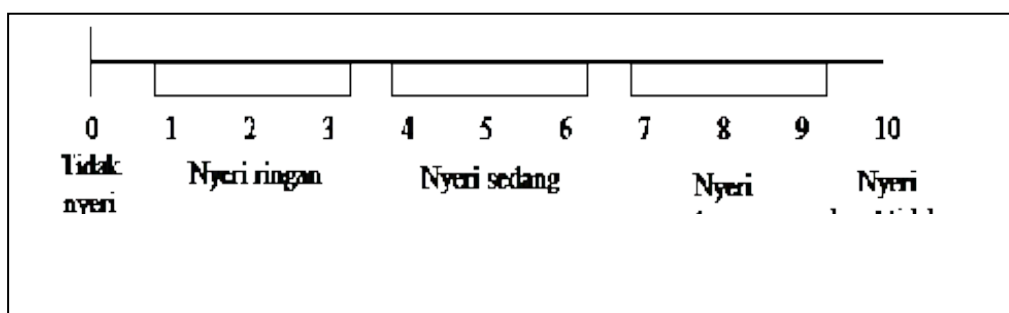
2. Skala nyeri yang dirasakan sesudah (Post-) Pemberian Teknik Relaksasi Teknik Relaksasi otot-otot Progresif

Tanggal /Jam :



3. Skala nyeri yang dirasakan sebelum (Pre-) Pemberian Teknik Relaksasi Teknik Relaksasi otot-otot Progresif

Tangga /Jam :





**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA
SAMARINDA**

SURAT PERSETUJUAN TINDAKAN KEPERAWATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, suami/istri/anak dari pasien yang bernama :

Nama :(Laki/Perempuan)

Umur :

Alamat :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa setelah mengetahui tujuan dan tindakan khusus yang akan dilakukan berupa :

Maka kami menyatakan tidak keberatan untuk dilakukan tindakan tersebut diatas, setelah mendapatkan keterangan yang diberikan. Demikian persetujuan ini kami buat dengan sebenar – benarnya dan tidak ada paksaan dari manapun juga.

Samarinda, November 2017

Mahasiswa

Yang Membuat Pernyataan

()

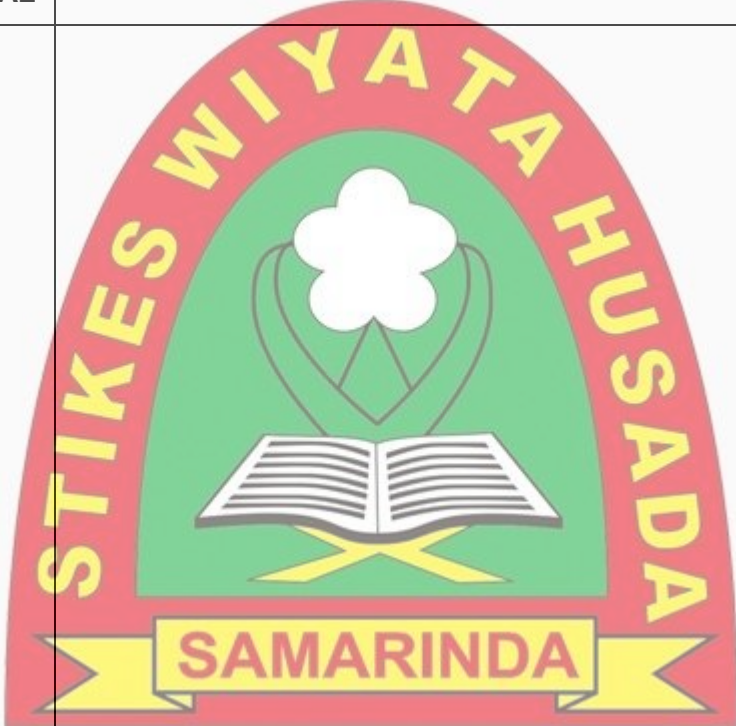
()



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)

NAMA MAHASISWA : THERESIA TIPUNG
NIM : P1605295
DOSEN PEMBIMBING : Ns. SUMIATI SINAGA M.Kep.

HARI/ TANGGAL	PERBAIKAN	PARAF PEMBIMBING
		



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
WIYATA HUSADA SAMARINDA**

LEMBAR KONSULTASI KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIAN)

NAMA MAHASISWA : THERESIA TIPUNG.
NIM : P1605295
PEMBIMBING KLINIK : Ns. AROME S.Kep.

TANGGAL	PERBAIKAN	PARAF PEMBIMBING
	